

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 60 (65)**

Санкт-Петербург  
2016

## **Редакционная коллегия**

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., науч. ред.); С.Г. Григорьев (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.); 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) 513-67-97, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2016
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2016

**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 60 (65)**

St. Petersburg  
2016

## **Editorial Board**

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor); S.G. Grigorjev (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.); 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) 513-67-97, 592-35-79

## **BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2016

© International Institute of Human Potential Abilities, 2016

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>Решетников М.М.</b> Современная психотерапия: медицинская и психологическая модели..	7
<b>Абабков В.А.</b> Методология персонифицированной психотерапии.....	17
<b>Александров А.А.</b> Методика аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений.....	34
<b>Ливач Е.А., Грановская Р.М.</b> Концепция позиций М. Кляйн и ее применение в психотерапевтической практике.....	44
<b>Чистяков М.С.</b> Развитие взаимоотношений между психиатрическим (медицинским) и психотерапевтическим взглядами на психические расстройства. Общая модель или две разные (дополнительные) модели?.....	59
<b>Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Степанова А.В.</b> Системные аспекты дестигматизации в психиатрии.....	74

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Алехин А.Н., Басангова Я.М.</b> Формирование личности и нарушения поведения у современных подростков.....	87
<b>Березкин Д.В.</b> Динамика функциональных показателей центральной нервной системы у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза в процессе комплексной реабилитации.....	98
<b>Ермаков П.Н., Фаенсон А.В., Труфанова О.К., Костенко Т.С.</b> Этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни онкологических больных.....	113
<b>Тулупьева Т.В., Тафинцева А.С., Тулупьев А.Л.</b> Подход к анализу отражения особенностей личности в цифровых следах.....	124
<b>Горьковая И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А.</b> Специфика психологической помощи женщинам, перенесшим плановую и экстренную операцию кесарева сечения.....	137
Информация о журнале .....	150

## CONTENTS

### PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

<b>Reshetnikov M.M.</b> Contemporary psychotherapy: medical and psychological Models.....	7
<b>Ababkov V.A.</b> Methodology of personified psychotherapy.....	17
<b>Aleksandrov A.A.</b> Technique of the Analytical-cathartic therapy of emotional disturbances....	34
<b>Livach E.A., Granovskaya R.M.</b> Klein's psychic position theory and its application in psychotherapy.....	44
<b>Chistyakov M.S.</b> The development of relationship between psychiatric and psychotherapeutic views on mental disorders. The united model or two different (complimentary) models?.....	59
<b>Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Medvedev S.E., Stepanova A.V.</b> System aspects of destigmatization in psychiatry.....	74

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Alekhin A.N., Basangova Ya.M.</b> Formation of the person and behavioral disorders of modern teenagers.....	87
<b>Berezkin D.V.</b> The dynamics of functional parameters of the central nervous system of children with borderline mental disorder of residual-organic genesis in the process of comprehensive rehabilitation.....	98
<b>Ermakov P.N., Faenson A.V., Trufanova O.K., Kostenko T.S.</b> Ethnoconfessional features internal picture of disease cancer patients.....	113
<b>Tulupyeva T.V., Tafintseva A.S., Tulupyev A.L.</b> An approach to the analysis of personal traits reflection in digital traces....	124
<b>Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V., Korgozha M.A.</b> Particularity of psychological assistance to women, delivered by elective or emergency caesarean section.....	137
Information about the Journal.....	150

# ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

М.М. Решетников

## СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ

Восточно-Европейский институт психоанализа  
(Россия, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А)

Рассматриваются особенности медицинской и психологической моделей психотерапии, анализируются их специфика и типичные подходы к психике, к диагностическим и терапевтическим сессиям, их частоте и содержанию, назначениям фармакологической коррекции, симптомам психических расстройств, а также к терапевтическому сеттингу. Обобщается опыт применения психодиагностики с помощью психологического инструментария и непосредственного наблюдения пациентов. Излагается авторская концепция деятельности мозга как биологического интерфейса.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психотерапия, мозг и психика, патогенез и психогенез, психодиагностика, сеттинг, фармакотерапия, биологический интерфейс.

В процессе ряда конференций и круглых столов психотерапевтов некоторыми коллегами неоднократно высказывалось мнение, что «нет никакой медицинской модели психотерапии», так как все ее направления действуют на основе сугубо психологических концепций: П. Дюбуа, З. Фрейда, Дж. Уотсона, Ф. Перлза и К. Роджерса. В подтверждение этого положения приводилось определение Б.Д. Карвасарского, который характеризовал психотерапию как систему воздействия «на психику и через психику» [3]; упоминалось утверждение В.М. Бехтерева о том, что психиатрия – это наука о духе, поэтому она не должна входить в «круг ведения естествоиспытателей и врачей» [1]; обосновывалось, что сам тезис о психических болезнях не выдерживает критики, так как определение «болезнь» предполагает, что установлены ее этиология, патогенез, клиническая картина и морфологические изменения в органах и тканях, что неприменимо к большинству форм психопатологии [5].

---

✉ Решетников Михаил Михайлович – д-р психол. наук, канд. мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. С., 18-А), e-mail: veip@yandex.ru.

Другие, не менее уважаемые профессионалы, в процессе тех же конференций с тревогой констатировали «отход ряда специалистов от медицинской модели оказания психотерапевтической помощи», обвиняя своих коллег в том, что некоторые врачи, забывая о нозологии и биологической терапии, фактически «работают клиническими психологами с врачебными дипломами» [2, 4].

Наиболее убедительными и даже встречаемыми аплодисментами казались высказывания коллег (против якобы мифологической медицинской модели), где предлагалось, наблюдая со стороны за психотерапевтическим процессом, сделать однозначный вывод: кто выступает в качестве психотерапевта – врач или психолог? В вопросе подразумевалось, что никаких отличий в их работе нет. Это не совсем так, а точнее – далеко не так. Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют. Начнем с чисто внешних отличий. Врач-психотерапевт чаще всего работает в халате, в некотором смысле – «отгораживаясь» им от пациента и подчеркивая свою исключительность. Но здесь нужно отметить, что первые медицинские халаты появились в конце XIX в., исходя из соображений гигиены и асептики, и вначале – только у хирургов и только на время операций. Но после всемирной эпидемии гриппа («испанки») в 1918 г. ношение халата и шапочки стало типичным не только для хирургов, но и для врачей всех специальностей. В настоящее время общепризнано, что медицинский халат – это неотъемлемая часть не только гигиены, но и авторитета врача – его визитная карточка. От ношения исключительно белых халатов врачи отказались только во второй половине XX в., а психологи за пределами клиник, как правило, их вообще не надевают. Врач в процессе диагностических сессий будет больше внимания уделять вопросам выявления патогенеза и симптоматики в соответствии с Международной классификацией болезней и расстройств поведения, а психолог – апеллировать к теории развития личности и психогенезу. Установив клинический диагноз, врач в большинстве случаев будет думать о необходимости назначения психофармакологической терапии (или об отсутствии такой необходимости). Психологи также иногда задумываются над этим вопросом, но не имеют права делать такие назначения.

В наиболее примитивном варианте медицинской модели, назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), врач-психотерапевт затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания с той или иной периодичностью, иногда предлагая пациенту (с учетом расширения амбулаторной модели терапии) показываться ему раз в



неделю или раз в месяц. В процессе этих встреч проводятся терапевтические беседы, а основное внимание обращается на то, как в результате лечения меняется симптоматика, с которой обратился пациент. Психолог, скорее всего, предложит пациенту встречаться, как минимум, два раза в неделю, исследуя преимущественно психологический анамнез, состояние эмоциональной сферы, систему отношений пациента и сформировавшиеся у него типичные паттерны поведения. Но «водораздел» таится не в этом.

Обратимся к главному отличию медицинской и психологической моделей. Многие врачи-психотерапевты, в отличие от психологов и даже физиологов (которые изучают анатомо-физиологический субстрат, на основе которого реализуется психика), все еще практически полностью идентифицируют психику и мозговые механизмы, в то время как все более широкое признание в современной науке получают представления о психике как эпифеномене. В рамках этих представлений психическая деятельность рассматривается как вариант информационного взаимодействия и обмена, при этом информация общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор.

В развитие этих представлений автором была выдвинута гипотеза о мозге как биологическом интерфейсе [5]. В рамках этой гипотезы проводится аналогия между мозгом и компьютером, который обычно характеризуется как аппаратная часть или «железо» («Hardware»), и между психикой и программным обеспечением, обычно именуемым как «софт» («Software»), а процесс воспитания и обучения рассматривается как вариант языкового программирования. При этом наблюдаемые или регистрируемые с помощью той или иной аппаратуры физические и физиологические феномены характеризуются как телесные симптомы душевной жизни, не несущие никакой прагматической информации о мыслях, идеях и переживаниях и о психических содержаниях в целом.

Исходя из этого положения, еще недавно чрезвычайно популярные попытки изучения психической деятельности и эффективности психотерапии с помощью электроэнцефалограммы можно сравнить с замером сопротивления и напряжения на клеммах телевизора с целью установить, что именно транслируется по той или иной программе передач. Столь же сомнительными представляются подходы к изучению психических процессов (памяти, внимания и мышления) с помощью психологических тестов и вопросников. То, что измеряется с помощью тестов традиционно (количественно) определяется как «психические процессы», есть не что иное, как внешняя работа интеллекта, точнее – результат его общей способности к

переработке информации (по аналогии это должно относиться к «аппаратной части» или «железу» – объему оперативной памяти и скорости работы компьютера). Соотнесение этих результатов с содержанием психических процессов можно сравнить с попыткой описания биохимических и физиологических процессов в органах и тканях организма, наблюдая исключительно внешнюю физическую активность того или иного индивида (например, то, как он орудует лопатой).

Психологические вопросники, несмотря на то что без апелляции к ним не бывает ни одной диссертации, применительно к психотерапии также обладают весьма относительной практической (прогностической) ценностью. В целом они позволяют выявлять те или иные акцентуации личности, но не предоставляют никаких сведений о компенсаторных механизмах и внутренних резервах пациентов, которые можно выявить только в процессе непосредственного общения. Возможно, это покажется коллегам недостаточно убедительным, но опыт и исследования показывают, что в процессе даже самой эффективной психотерапии типичный для конкретной личности профиль (определяемый с помощью ММРІ или 16PF и т. д.) сохраняет примерно ту же конфигурацию. А наиболее информативными для оценки изменений, происходящих в процессе психотерапии, являются самые простые анкеты для определения уровня тревожности (типа Спилбергера–Ханина), методы самооценки (САН), а также шкала депрессии Бека и опросник агрессивности Баса–Дарки. Менее известны и гораздо реже используются в России опросники вины и стыда Куглера–Джонса и Дж. П. Тангняя, хотя последние чувства общепризнанно рассматриваются в качестве главных триггеров психопатологии.

Признание того, что собственно психическая деятельность познаваема лишь в форме самонаблюдения и рефлексии (которые на протяжении длительного периода развития психологии характеризовались как идеалистические, субъективные и ненаучные) и преимущественно через речь (как непосредственную манифестацию психических процессов) только обретает право «гражданства» в терапевтическом сообществе.

Еще раз подчеркнем, что информация современной наукой общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор, материальны только ее носители (биологические, бумажные, электронные и т. д.). Тем не менее, являясь нематериальной, информация имеет ряд количественных и качественных характеристик. Она может быть нейтральной, эмоционально насыщенной, устрашающей, правдивой, ложной, травмирующей и т. д., но все эти характеристики появляются только при наличии субъекта воспри-

ятия информации. Сама по себе информация на каком-либо носителе (вне субъекта или при отсутствии субъекта) – фактически не существует. Лишь живые существа (и в самой высокой степени – человек) могут являться одновременно и субъектами восприятия, и производителями, и носителями, и верификаторами информации.

Большинство психологов-психотерапевтов хорошо осведомлены, что мысли, чувства, переживания и вообще любая информация, предъявляемая в присутствии значимого Другого (терапевта), имеет качественно иные характеристики, включая ее переоценку субъектом, которым она предъявляется. Поэтому психолог-психотерапевт будет больше слушать пациента, предоставляя именно ему интерпретацию предъявляемого на сессиях материала. Врач-психотерапевт будет проявлять больше вербальной активности, давая советы, предостерегая или интерпретируя материал пациента, при этом апеллируя к состоянию нервной системы, механизмам ее функционирования и биохимии мозга.

Укоренившиеся представления о мозге как вместилище всех психических функций породили массу заблуждений, которые давно вошли в обыденную речь, а в науке привели к известному феномену «нагруженности теорией» (когда все, что лежит за пределами главенствующей концепции или даже гипотезы, исходно отбрасывается). Совершенно привычными стали фразы о том, что «у кого-то не все в порядке с нервами», хотя нервы – это просто проводники; другой случай – «мне пришло в голову», но приходит не в голову, а «на ум» и т. д. В целом идентификация нервного и психического на уровне обыденного сознания и даже научного знания – за пределами.

Отметим также типичные различия подходов к психопатологии. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа. А именно:

1) психопатология, которая развивается как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, травм, склеротических изменений, онкологических заболеваний и т. д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждается носитель информации – мозг (возвращаясь к аналогии с компьютером – аппаратная часть или «железо»). В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с

помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т. д.;

2) психопатология, которая развивается как следствие информационного поражения самой психики, то есть – когда один нематериальный фактор (например, индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику), точно так же, как компьютерный вирус (информация) повреждает до этого стабильно функционировавшее программное обеспечение («Software»). Самый наглядный пример – якобы «массовое отравление» нервно-паралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре–декабре 2005 г. (которое оказалось типичным вариантом массового психического заражения ложными идеями; в целом по такому же – паранойальному – сценарию развиваются и межнациональные конфликты [7]).

В отличие от первой группы, психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. А терапия соответственно должна осуществляться информационным воздействием не на якобы поврежденные мозговые, а на действительно поврежденные психические структуры. Химическое воздействие, еще раз прибегнем к образному сравнению, на «Hardware» в данном случае ничего не даст (психические содержания останутся неизменными). Эти идея получает все большее распространение и признание в психологическом сообществе, но большинство врачей все еще «нагружены» теориями рефлексов и высшей нервной деятельности.

В целом типичный врач-психотерапевт в большинстве случаев действует в полном соответствии со сложившейся системой медицинского подхода к тому или иному (соматическому) заболеванию: собери анамнез, проанализируй симптоматику, установи диагноз, назначь лечение и наблюдай за тем, как идет выздоровление. В некоторых клиниках, которые считаются более прогрессивными, к психодиагностике активно привлекаются психологи и используется всяческий психодиагностический инструментарий, в последние годы – реализуемый в компьютерном варианте. Фактически и здесь воспроизводится медицинская модель: лаборант делает анализы, а врач их анализирует и затем лечит. Еще более прогрессивный подход предполагает (после завершения диагностики) включение психолога в бригадную работу, в качестве ко-терапевта или группового терапевта, который помогает отслеживать редукцию симптоматики. И, на первый

взгляд, кажется, что все идет правильно. За «небольшим» исключением: симптом в психиатрии и психотерапии, в отличие от соматической медицины, не несет никакой прагматической информации ни о причине, ни о локализации возникшей психопатологии.

Сделаю маленькое отступление. В определенный период моей практической и научной работы мне довелось около 15 лет заниматься профессиональной и клинической психодиагностикой на многотысячных выборках. В силу этого были освоены практически все бланковые и аппаратные методы психодиагностики, осуществлялась их интерпретация и верификация, в том числе в процессе лонгитюдных (от 4 до 10 лет) исследований. Несмотря на множество недостатков этих методов (обсуждение которых не входит в задачи этой публикации), могу признать, что этот психологический инструментарий показал достаточно высокую эффективность в работе по подбору персонала, а также по выявлению лиц, потенциально склонных к отклоняющемуся поведению и психопатологии. Но этот прогноз совершенно не учитывает степень компенсации и внутренних резервов личности, благодаря которым эти потенциальные предпосылки могут никогда не проявиться (не «дорости» до уровня психопатологии).

В эти же годы динамическое наблюдение одних и тех же людей на протяжении как минимум 4 лет и сопоставление этих наблюдений с обширными данными проведенной ранее комплексной психодиагностики позволили сделать еще один очень важный вывод. В частности, о том, что психологический инструментарий не предоставляет мне ничего нового по сравнению с тем, что при наличии опыта можно получить из непосредственного общения с той или иной личностью.

Уже позднее в процессе перехода к психотерапевтической практике мной был осознан и усвоен тезис о том, что я – и есть мой диагностический инструментарий, к тому же – куда более тонкий и точный, чем любая бланковая или аппаратная методика.

Добавим несколько тезисов о фармакотерапии психических расстройств. При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их можно условно разделить на две большие группы: те, которые притупляют душевные переживания (возвращаясь к используемым аналогиям – снижают яркость «интерфейса», то есть экрана, на котором проецируется информация), и те, которые, наоборот, стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия. Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (информацию).

Здесь нет негативизма по отношению к психофармакологии, успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения (а до 60 % таких назначений делают врачи общей практики), длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду – без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия пациента с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции, в качестве которых описывается практически вся психопатология). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров и терапевтов на состояние и содержание психической сферы пациентов.

Наши американские коллеги исследовали несколько десятков случаев массового расстрела одноклассников, сокурсников, сослуживцев и других ни в чем не повинных людей [6]. В 90 % случаев было установлено, что все преступники систематически посещали психиатров и постоянно получали медикаментозное лечение, но это никак не сказалось на адекватности их поведения. И тогда возникает вопрос: что мы диагностируем и лечим?

Приведем еще один дополнительный фактор, свидетельствующий в пользу изложенной гипотезы. Изучение ферральных детей (более известных как «Маугли») показывает, что при отсутствии раннего погружения в социальную среду (или, как уже отмечалось, при отсутствии языкового программирования мозга ребенка социальным окружением) нормальная человеческая психика не формируется, впрочем, как и прямохождение. Это позволяет сделать еще один вывод: что наличие здорового мозга является необходимым, но не достаточным условием формирования и адекватного функционирования человеческой психики. А так как инстинкты и рефлексы у ферральных детей функционируют, то нужно признать их генетическую обусловленность, в отличие от разумной деятельности, которая является функцией приобретаемой, формируемой и развивающейся только в социальной информационной среде. Добавим, что ферральные дети усваивают программы поведения и язык (систему информационного обмена) того животного сообщества, в котором им удалось выжить, что еще раз подтверждает выдвинутые автором положения.

А теперь о главном отличии медицинской и психологической моделей психотерапии. В отличие от традиционно-медицинского подхода, ди-

намическая психодиагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательно – как минимум два раза в неделю, включая заключительный период. И в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики может качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии. Это предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами.

### Литература

1. Бехтерев В.М. Будущее психиатрии: введение в патологическую рефлексологию. – СПб. : Наука, 1997. – 330 с.
2. Бобров А.Е. Методологические аспекты изучения психосоматических соотношений и перспективы интегративной медицины // Психосоматическая медицина – 2016 : тр. XI междунар. конгр. – СПб. : Человек, 2016. – С. 6–9.
3. Карвасарский Б.Д. Назыров Р.К., Подсадный С.А. [и др.]. Теория и практика психотерапии в России // Психиатрия и психофармакология. – 2001. – Т. 2, № 1. – С. 12–14.
4. Курпатов В.И. Гладышенко А.В. Кризис или коллапс российской психотерапии? // Психосоматическая медицина – 2016 : тр. XI междунар. конгр. – СПб. : Человек, 2016. – С. 33–37.
5. Решетников М.М. Психическое расстройство. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2008. – 272 с.
6. Fox J. A. Catching a Coming Crime Wave // Scientific American. – 1996. – Vol. 274, N 6. – P. 40–44.
7. Volkan V. Traumatized Societies // Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. – London : International Psychoanalytic Association, 2003. – P. 217–237.

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

Поступила 27.11.2016

**Для цитирования.** Решетников М.М. Современная психотерапия: медицинская и психологическая модели // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 7–16.

---

## CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPY: MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL MODELS

**Reshetnikov M.M.**

East European Psychoanalytical Institute  
(Bolshoy Ave., 18-A, St. Petersburg, Russia)

✉ Mikhail Mikhailovich Reshetnikov – PhD Psychol. Sci. Prof., Meritorious Scientist of Russia, Rector East European Psychoanalytical Institute (Bolshoy Ave., 18-A, St. Petersburg, 197198, Russia), e-mail: veip@yandex.ru.

**Abstract.** Characteristics of medical and psychological models are outlined, and their specifics in approaching human psyche, frequency and content of diagnostic and therapeutic sessions, pharmacological correction, symptoms of mental disorders and therapeutic setting is analyzed. Experience of psycho-diagnostics by means of psychological tools and patient observation is summarized. The author's concept of brain activity as a biological interface outlines.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, psychotherapy, brain and mind, pathogenesis and psychogenesis, psycho-diagnostics, setting, pharmacotherapy, biological interface.

### References

1. Bekhterev V.M. Budushchee psikhiiatrii: vvedenie v patologicheskuyu refleksiologiyu [The Future of Psychiatry: Introduction to Pathological Reflexology]. Sankt-Peterburg. 1997. 330 p. (In Russ.)

2. Bobrov A.E. Metodologicheskie aspekty izucheniya psikhosomaticheskikh sootnoshenii i perspektivy integrativnoi meditsiny [Methodological Aspects of Study of Psychosomatic Relationship and Perspective of the Integrative Medicine]. *Psikhosomaticheskaya meditsina – 2016* [Psychosomatic Medicine, 2016] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2016. Pp. 6–9. (In Russ.)

3. Karvasarskii B.D. Nazyrov R.K., Podsadnyi S.A. [et al.]. Teoriya i praktika psikhoterapii v Rossii [Theory and Practice of Psychotherapy in Russia]. *Psikhiiatriya i psikhofarmakologiya* [Psychiatry and Psychopharmacology]. 2001. Vol. 2, N 1. Pp. 12–14. (In Russ.)

4. Kurpatov V.I. Gladysenko A.V. Krizis ili kollaps rossiiskoi psikhoterapii? [Crisis or Collops of the Russian Psychotherapy] *Psikhosomaticheskaya meditsina – 2016* [Psychosomatic Medicine]: Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2016. Pp. 33–37. (In Russ.)

5. Reshetnikov M.M. Psikhicheskoe rasstroistvo [Psychic Disorder]. Sankt-Peterburg. 2008. 272 p. (In Russ.)

6. Fox J.A. Catching a Coming Crime Wave. *Scientific American*. 1996. Vol. 274, N 6. – Pp. 40–44.

7. Volkan V. Traumatized Societies. Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. London : International Psychoanalytic Association. 2003. Pp. 217–237.

Received 27.11.2016

**For citing.** Reshetnikov M.M. Sovremennaya psikhoterapiya: meditsinskaya i psikhologicheskaya modeli. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 7–16. (In Russ.)

Reshetnikov M.M. Contemporary psychotherapy: medical and psychological Models. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 7–16.



## МЕТОДОЛОГИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6)

Представлены сущность и методология персонифицированной психотерапии как системы подбора методов психотерапии для конкретного пациента, что позволяет повышать эффективность психотерапии и избегать преждевременного выбывания пациента из процесса психотерапии. Приводятся научные основы такой психотерапии, ее принципы, способы организации и наиболее эффективные элементы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, персонифицированная психотерапия, доказательная психология, методология, принципы, организация, эффективные элементы.

### Введение

С середины XX в. начался научный подход к психотерапии и ее значительный прогресс. Сложилось различные подходы к тому, как обосновывать психотерапию в качестве научной дисциплины. Системное обоснование научности психотерапии, необходимое для практического выбора ее методов, в том числе для персонифицированной психотерапии, опирается [3] на следующие критерии:

- 1) научное доказательство эффективности психотерапии;
- 2) обоснование психотерапии теоретическими положениями, которые не противоречат современным научным данным;
- 3) применение в психотерапии принятых современной наукой «технологических» теорий, объясняющих эффективность психотерапевтического метода;
- 4) этичность психотерапевтических целей, с помощью которых предполагается достижение успеха;
- 5) этическая приемлемость метода психотерапии;
- 6) затраты на психотерапию, необходимые для достижения успеха (соотношение стоимость – польза);
- 7) вероятность и характер побочных эффектов психотерапии.

---

✉ Абабков Валентин Анатольевич – д-р мед. наук проф., каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199155, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6), e-mail: ababkov@nm.ru.

К данному перечню можно добавить 8-й критерий – определение показаний к методу психотерапии.

В качестве критериев оценки уже созданных методов психотерапии используются многие параметры, которые могут включать до 1 тыс. признаков [8]:

- 1) общая оценка успеха;
- 2) индивидуальная проблематика или симптоматика;
- 3) общие проблемы или симптомы членов группы;
- 4) специальные параметры самочувствия;
- 5) изменения в структуре личности и ее способностях;
- 6) изменения в межличностных отношениях;
- 7) динамика использования свободного времени;
- 8) изменения в работе или профессии;
- 9) изменения в сексуальной сфере;
- 10) изменения психофизиологических параметров.

Особенно важен первый критерий – научное доказательство эффективности психотерапии. В мировой практике требования к научным исследованиям эффективности психотерапии очень высокие [21]. Измеряют эффект психотерапии (*efficacy of therapy*) – результаты, достигаемые в опытных психотерапевтических исследованиях, и ее клиническую эффективность (*clinical effectiveness*) – результат психотерапии в повседневной практике. Методология исследований психотерапии включает: изучение единичных случаев, рандомизированные контролируемые исследования, открытые испытания. Она предполагает определенные техники измерения, применение мета-анализа, протоколирование процесса психотерапии, обязательное изучение анамнеза и др.

Фазы исследования психотерапевтических вмешательств для определения их практической значимости [3] следующие:

- исходное положение – предлагается новый способ вмешательства, который создан на основе клинических наблюдений, теоретических представлений и несистематических экспериментов;

- I (ориентировочная) – служит для систематического наблюдения и испытания нового вида вмешательства; при этом гипотез мало и они в содержательном отношении сформулированы только в общем виде; могут проводиться исследования единичных случаев, групп, исследования по аналогии и в ограниченном объеме;

- II (пилотажная) – психотерапевтическое действие исследуется при посредстве целенаправленных гипотез; исследуются процесс и результат в

сравнении с контрольными группами, с помощью катамнеза перепроверяется психотерапевтическое действие;

- III (испытания) – осуществляется проверка вида вмешательства (метода) в крупномасштабном эксперименте; проводятся стационарные или амбулаторные объединенные исследования (одного и того же способа психотерапии в нескольких учреждениях – многоцентровые исследования);

- IV (практический контроль) – после того как новый метод оправдает себя в условиях испытаний, обсуждается вопрос его внедрения в практику; также должна быть проверена его пригодность для повседневного практического применения.

В XXI в. приобрела значение доказательная медицина, которая включает и психотерапию. Она предполагает технику обслуживания конкретных пациентов в соответствии с наилучшими имеющимися в распоряжении исследователя доказательствами. Эта концепция, относящаяся и к персонифицированной психотерапии, является частью широкого управления качеством в практике конкретных случаев. Необходимо учитывать различные степени ее доказательности. Высшую степень доказательности имеет мета-анализ, а эмпирически валидизированные и рандомизированные исследования представляют вторую степень доказательности. Низшую, 5-ю степень имеет оценка экспертов и опыт признанных авторитетов!

Доказательная психотерапия основывается на том, что содержащиеся в способах рекомендации требуют обосновывать. Одновременно нужно пояснять критерии анализа литературы (поиск литературы, методологические критерии оценок и др.), так как большинство методов психотерапии не соответствуют этим требованиям, необходимость применения доказанных способов направлена в будущее [2].

Обоснованность совершенствования психотерапии определяется следующими фактами. В обзоре [10] эффективности применения психотерапии взрослых с 89 расстройствами (всего 2109 пациентов) представлены такие результаты: выздоровление отмечено у 58 %; значительное улучшение – у 9 % пациентов, то есть только  $\frac{2}{3}$  пациентов имели положительный результат (в среднем за 14 сессий психотерапии), а  $\frac{1}{3}$  пациентов не получила улучшения или испытывала ухудшение. У детей и подростков (обследовано 4011 человек) результаты были менее утешительны.

Другие исследования [15] подтвердили этот факт: у детей ухудшение отмечалось в пределах 14–24 %. В современной психотерапии отмечается отчетливая тенденция к созданию форм и методов психотерапии, направленных на психологическую помощь при определенной патологии (психо-

терапия депрессий, тревожно-фобических расстройств и т. д.). Такая тенденция определяется как более экономичная и эффективная по сравнению с более ранними попытками создания универсальных форм и методов психотерапии. Вместе с тем нозологически ориентированная психотерапия не всегда достигает своих целей (общая эффективность практически не превышает  $\frac{2}{3}$  случаев).

В связи с отмеченными проблемами и направлениями развития современной психотерапии вариантом дальнейшего повышения эффективности и экономичности психотерапии может быть персонифицированная психотерапия, которая опирается на представленные выше критерии научности и доказательности.

*Цель статьи* – представление методологического уровня системы персонифицированной психотерапии, именно как системы современного выбора и развития психотерапии, а не нового конкретного метода психотерапии.

### **Методология исследования**

Методология является системой принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, а также учение об этой системе; она включает конкретные научные приемы исследования. Отмеченное соответствует конкретным задачам данной статьи в отношении системы персонифицированной психотерапии.

Термин «персонифицированная» имеет происхождение от слова «персонификация». Понятие «персонифицированная психотерапия» указывает на выбор и применение психотерапии для конкретного человека, имеющего определенное расстройство. В области назначения особых лекарств, помогающих конкретным пациентам, можно встретить понятие «персонизированная терапия», что применительно к психотерапии неточно, так как пациент играет в психотерапии не менее важную роль, чем психотерапевт. Использовать название «индивидуальная психотерапия» нельзя. Этот термин давно закрепился за психотерапией, при которой предполагается индивидуальная работа психотерапевта и пациента, в отличие, например, от семейной и групповой форм психотерапии. Как конкретный метод широко известна личностно-ориентированная психотерапия. В англоязычной профессиональной психотерапии применяется название – the tailored therapy или tailoring therapy, что означает психотерапию, подобранную или приспособленную для конкретного пациента, которое трудно применимо при дословном русском переводе.

Персонифицированная психотерапия учитывает клинические показатели больного, влияние на процесс психотерапии социального окружения, но прежде всего принимает во внимание индивидуально-психологические характеристики пациента (систему ценностей, уровень культуры, мотивацию, интер- и интраперсональные отношения, убеждения и др.). Такое направление психотерапии требует высокой квалификации психотерапевта в области психиатрии и клинической психологии для определения оптимальных форм, методов и техник психотерапии. Поскольку один психотерапевт редко обладает квалифицированными навыками во многих областях психотерапии, то практическая реализация персонифицированной психотерапии нуждается в преемственности среди специалистов, их тесном профессиональном общении. Это требует и особой организации психотерапевтической службы [1].

Эффективная психотерапия зависит от способности психотерапевта повторно объяснять то, что пациент не понимает при первичном объяснении. Способность к реагированию психотерапевта должна соответствовать конкретному пациенту. Некоторые отличительные характеристики фокусировки на пациенте: 1) субъектом интереса является конкретный пациент (его ответ на лечение, клинические изменения); 2) повторные оценки психического состояния пациента в процессе лечения; 3) учет долговременных аналитических данных с помощью техник, которые моделируют ожидаемые реакции пациента на лечение и предупреждают психотерапевта, если пациент не отвечает на лечение так, как ожидалось.

К настоящему времени произошла эволюция оценки результатов психотерапии, которая изменилась от ретроспективной оценки психотерапевтом общего улучшения (выздоровление, значительное улучшение, незначительное улучшение, отсутствие изменений, ухудшение) до применения показателей специфических признаков, которые отражают качественное разнообразие точек зрения пациента, внешнего наблюдателя, значимых лиц, физиологических показателей, данных окружения (например, рабочие условия), систематический сбор данных, включая катамнестические. Применяются специальные батареи психологических тестов. 5 главных рекомендаций по оценке результатов психотерапии: 1) точно определить измеряемый конструкт; 2) измерение следует менять с учетом множественных перспектив; 3) использовать разные типы рейтинговых шкал и методов; 4) чаще использовать основанные на симптомах и не относящиеся к определенной теории измерения; 5) исследовать паттерны изменений во времени.

В настоящее время для оценки психотерапии чаще используются традиционные методики, поскольку выборки обычно немногочисленны. Четыре системы измерений предназначены для стандартной оценки тысяч пациентов в повседневной практике, что может оказывать способствующий прогрессу эффект при их применении отечественными специалистами после соответствующей адаптации:

- COMPASS [11] имеет 3 шкалы: текущее благополучие, текущие симптомы, текущее жизненное функционирование. Получение негативных показателей используется для изменения лечения;

- CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – клинические результаты при стандартной оценке) [5]. Она содержит 3 независимых инструмента по оценке: 1) общего психологического дистресса до и после лечения; 2) профиля пациента; 3) процесса психотерапии и результатов;

- TOPS (Treatment Outcome Package System) [14] содержит различные инструменты для оценки детей и взрослых, которые включают диагностические цели, информацию о прошлом, задачах лечения;

- PCOMS (the Partners for Change Outcome Management System) [16]. Это ультракороткий пакет оценки психотерапевтического союза и полученных результатов. Может применяться у детей и подростков.

Существуют также ограничения в области статистики, которые нужно учитывать при научной оценке методов персонифицированной психотерапии: 1) статистически значимые результаты могут иметь малое практическое значение; 2) фокусирование на среднем значении по группе создает трудности в распространении результата общей эффективности на индивидуального пациента; 3) статистическая значимость не проясняет величину продемонстрированного эффекта, а лишь свидетельствует о том, что это не случайность. Более редкой процедурой является вычисление величины эффекта, которая адресуется к третьему ограничению. Однако величина эффекта не способна раскрыть значимость эффекта. В связи с этим появились более сложные и точные методы, например относящиеся к социальной валидности [13], индексу надежности изменений [12] и пр. [20].

Указанные положения обязательны для включения в развитие персонифицированной психотерапии. Дополнительный путь улучшения эффекта психотерапии состоит в выявлении случаев риска негативного результата с последующим психотерапевтическим вмешательством для пациента до того момента, пока он не прекратил психотерапию. Этот путь контрастирует с практикой психотерапии, когда считается, что психотерапевт обеспечивает пациента лечением самого высокого уровня, если он выбирает пра-

вильную психотерапию для определенного расстройства. Однако научные исследования [10] свидетельствуют, что даже в таких случаях от 30 до 50 % пациентов не реагируют должным образом на лечение!

Удивляет неудача клиницистов в точном предсказании негативных результатов. Точные предсказания при обследовании как начинающих, так и опытных психотерапевтов [9] на предмет понимания пациента – ухудшение состояния, желание завершить курс психотерапии преждевременно – были отмечены лишь в 8 % случаев. В отличие от этого применение специальных методик по предсказанию результата психотерапии давало 90 % совпадений. Кроме того, психотерапевты достаточно точно оценивают профессиональные навыки своих коллег, однако склонны к переоценке своих навыков [15]. Результаты сравнительных исследований показали, что применение компьютерных статистических методов оценки дает гораздо более объективные результаты как в отношении психотерапевтов, так и пациентов [7].

Для преодоления проблем предлагается инструмент клинической поддержки или «дерево решений», которое обращает внимание клиницистов на психотерапевтический союз, мотивацию пациента/клиента, социальную поддержку, диагностические уточнения. Рекомендуются [15] «дерево решений» для руководства клиническим принятием решений в случаях, связанных с риском неудачи. Последовательность его элементов: 1) определить характер психотерапевтического союза (соответствуют ли ответы пациента психотерапевтическому союзу?); 2) определить готовность пациента к изменениям (свидетельствуют ли ответы пациента его нахождению на стадии предразмышления или размышления?); 3) оценить ресурсы социальной поддержки (соответствуют ли ответы пациента уровню низкой социальной поддержки?); 4) повторно оценить диагноз (существует ли эффективное лечение, которое не было применено?).

Компонентами персонифицированной, интегративной по сути психотерапии являются:

1) теории психотерапии. При отсутствии общей теории личности и психопатологии, интегративная психотерапия придерживается клинической оценки, которая ведет к эффективному лечению. Такая оценка начинается на раннем этапе психотерапии для выбора методов лечения и терапевтических отношений, которые могут быть наиболее эффективными;

2) собственно клиническая оценка. Клиническая оценка пациента в персонифицированной психотерапии относительно традиционна. Оценочное интервью собирает информацию об имеющихся проблемах, соответст-

вующем анамнезе, лечебных ожиданиях и целях, а также формирует рабочие взаимоотношения;

3) характеристики пациента. В персонифицированной психотерапии используются следующие 5 основных характеристик пациента, которые ведут к выявлению выгодных переменных между пациентом и лечением.

*Диагноз.* Лечебный план организуется в связи с расстройством, представленным по международным критериям (МКБ-10, DSM-V).

*Стадии изменений.* Стадии представляют собой готовность человека к изменениям и определяются как период времени и набор задач, необходимых для перехода на следующую стадию:

– *предразмышление (Precontemplation)* является стадией, в которой нет намерения изменить поведение в обозримом будущем. Большинство людей в этой стадии не осведомлены или недостаточно осведомлены о проблемах, но семья, друзья и сослуживцы часто хорошо осведомлены о том, что данный человек имеет проблемы. Когда пациент представляется для проведения психотерапии, то часто делается это из-за давления или принуждения других лиц;

– *размышление (Contemplation)* – стадия, в которой люди осведомлены о существовании проблем и серьезно думают об их преодолении, но пока еще не приняли обязательств совершить действия. Люди могут застревать на данной стадии на годы;

– *подготовка (Preparation)* является стадией, в которой комбинируются критерии намерений и поведения. Индивиды, находящиеся на этой стадии, намерены предпринять действия в ближайшем будущем и безуспешно пытались действовать в прошедшем;

– *действие (Action)* – стадия, на которой индивиды модифицируют свое поведение, переживания и/или окружение для того, чтобы преодолеть проблемы. Действие включает более открытые поведенческие изменения и требует значительных затрат времени и энергии. Поведенческие изменения в этой стадии очень заметны и чрезвычайно узнаваемы. Модификация целевого поведения до приемлемого уровня и согласованные усилия по изменениям являются отличительными признаками действия;

– *сохранение (Maintenance)* является стадией, в которой люди работают над предотвращением рецидива и укрепляют выгоды, полученные во время действий. Способность оставаться свободным от проблем и последовательно вовлекаться в новое, не совместимое с прежним поведение на протяжении более чем 6 мес, служит критерием для стадии сохранения.



Стадии изменений пациента предполагают использование определенных психотерапевтических методов и взаимоотношений [4], преимущественно когнитивно-поведенческого направления, как правило, более эффективных и экономичных.

*Копинг-стиль* пациента состоит из привычного поведения при конфронтации с новыми или проблемными ситуациями. Пациенты имеют тенденцию адаптировать стиль копинга, что позволяет размещать их между двумя чрезмерными, но относительно стабильными типами. Они имеют тенденцию или к экстернализованному копингу (импульсивному, ищущему стимуляции, экстравертированному) и интернализованному копингу (самокритичному, сдерживающему, интравертированному). Копинг-стиль служит маркером того, действительно ли лучше фокусировать психотерапию на редукции симптомов или на широком круге тематических объектов [6].

*Уровень реактивного сопротивления.* Реактивное сопротивление пациента – это вариация поведения, которое обычно описывается как сопротивление. Пациенты с реактивным сопротивлением легко провоцируются и отвечают оппозиционно на внешние требования. Склонность к вовлечению в способы реактивного сопротивления является достоверным маркером для степени директивности, применяемой психотерапевтом. Высокая степень реактивного сопротивления указывает на необходимость недирективных, самодирективных или парадоксальных техник. Низкая степень реактивного сопротивления, наоборот, указывает на восприимчивость пациента к широкому спектру директивных техник, включающих контроль психотерапевта.

*Предпочтения пациента.* Предпочтения пациента учитывают в психотерапии в том случае, когда они этически и клинически соответствуют ей. На предпочтения оказывают влияние такие социодемографические особенности пациента, как пол, этническая принадлежность, культура, сексуальная ориентация, а также стили присоединения и предыдущий опыт психотерапии. Контролируемые исследования и клинический опыт показывают, что присоединение к желаниям пациента уменьшает непонимание, облегчает формирование психотерапевтического союза, устанавливает сотрудничество – качества взаимоотношений, влияющие на успех психотерапии [17].

Пять приведенных характеристик пациента служат надежными маркерами для систематического приспособления лечения к индивидуальному пациенту, проблемам и контексту. Этот список переменных, взятых из экс-

тенсивных обзоров и мета-анализа исследований психотерапии, может изменяться при прогрессе исследований.

Далее описываются наиболее эффективные элементы взаимоотношений в процессе персонифицированной психотерапии, определенные на основании научных свидетельств того, что помогает наилучшим образом. Они давно известны и применяются в психотерапевтической практике, но в несистематическом виде. Созданы специальные методики их измерения, проведены мета-аналитические исследования для оценки эффективности их применения, разработаны критерии психотерапевтической практики [19]:

- 1) психотерапевтический союз;
- 2) сплоченность;
- 3) эмпатия;
- 4) согласование цели и сотрудничество;
- 5) позитивное вознаграждение и утверждение;
- 6) конгруэнтность/подлинность;
- 7) получение обратной связи от пациента;
- 8) восстановление нарушений союза;
- 9) управление контрпереносом.

В случае неуспешности психотерапии или угрозы выхода пациента из психотерапии можно измерить указанные элементы взаимоотношений и внести необходимые практические коррективы, но предпочтительнее меры по предупреждению неудач – учет их при планировании психотерапии.

Далее приведены переменные для эффективной адаптации психотерапии и взаимоотношений к конкретному пациенту в процессе персонифицированной психотерапии. В исследовании [18] указываются методики измерения, приводятся клинические примеры, результаты мета-анализов и рекомендации по психотерапевтической практике.

*Уровень сопротивления/реактивного сопротивления.* Термин «уровень реактивного сопротивления» (reactance) в контексте данного исследования может применяться как взаимозаменяемый к термину «сопротивление» (resistance). Эта характеристика пациента относится к его легкому провоцированию и оппозиционному ответу на внешние требования. Нужно понимать такую черту личности, как континуум «вызов – согласие». Некоторые люди имеют тенденцию отвечать вызовом властным лицам и силе, тогда как другие отвечают согласием, беззаботностью.

*Стадии изменений.* Выше сообщалось о стадиях изменений, поэтому здесь приводится лишь общее напоминание. Изменения поведения концептуализируются в транстеоретической модели как процесс, развертываю-

щийся во времени и включающий прогрессирование по пяти основным стадиям: предразмышления, размышления, подготовки, действия, сохранения. Пациенты начинают психотерапию с разной степенью готовности к изменениям. Предполагается, что на каждой стадии различающиеся процессы изменений и соответствующие им психологические вмешательства дают максимальный прогресс.

*Предпочтения.* Предпочтения пациента определяются как поведение в отношении психотерапевта или лечения, или отношения к ним, которые пациент ценит или желает. Это определение отличает предпочтения от ожиданий, которые связаны с убеждениями пациента. В специальной литературе выделяют три типа таких предпочтений: предпочтения роли (своей и психотерапевта), предпочтения в отношении психотерапевта, предпочтения вида лечения. Практика, основанная на доказательствах, свидетельствует в пользу того, что решения о психотерапии следует планировать с учетом сотрудничества с пациентом. Психотерапия может с выгодой для результата соответствовать предпочтениям пациента, касающимся желаемых методов психотерапии (например, психодинамических или когнитивно-поведенческих), формы психотерапии (индивидуальная, семейная, групповая), стиля отношений (например, активного в отличие от более слушающего), характеристик психотерапевта (возраст, пол, религиозность и др.), продолжительности терапии (короткая, средняя, длительная).

*Культура.* Для клинической практики не требуется специального определения культуры. Достаточным является ее общее понимание. В контексте психотерапии важно отметить включение в культуру этнических факторов в связи с широкой миграцией населения, коснувшейся практически всех стран. Практика, основанная на доказательствах, интегрирует лучшие исследования с клинической экспертизой в контексте характеристик пациента, его культуры и предпочтений. Наблюдается эскалация числа исследований, связанных с культурой, что вносит вклад в эффективность приспособления или адаптации психотерапии к культуре пациента. Одной из важных и нерешенных проблем является наличие мигрантов, нуждающихся в психотерапии, но говорящих на другом, чем психотерапевт, языке. Кросс-культурный подход к психотерапии требует учета следующих вопросов по адаптации, связанной с культурой:

- 1) практика психотерапевта должна быть более гибкой;
- 2) психотерапевту следует оставаться открытым к тому, что пациент привносит в психотерапию;

3) службы здравоохранения должны учитывать в своей работе культурный аспект;

4) оценку влияния культуры следует проводить до применения психотерапии;

5) традиционные для пациента (например, из числа этнических меньшинств) виды лечения не следует заранее отвергать, но можно рассматривать их как дополнительный ресурс;

6) психотерапевту нужно проявлять эмпатию в общении с пациентом в соответствии с его культурным уровнем;

7) рассмотрение психотерапии в контексте культуры должно предполагать возможность изучения важных культурных особенностей пациента;

8) психотерапевт должен с большой осторожностью интерпретировать культурные различия в качестве недостатка или проблемы пациента.

Эти вопросы актуализируются в клинической практике с помощью восьми элементов, которые адаптируют лечение пациента к его культуре:

а) язык – использование языка, который предпочитает пациент, а также особое значение, смысл языка у отдельных групп пациентов, например у подростков;

б) личность – включает расовые и этнические характеристики;

в) метафоры – связанные с культурой метафоры, символы, свойственные системе понятий пациента;

г) содержание – связанное с культурой представление о содержании лечения психических расстройств, например при установке пациентов на коллективную или индивидуальную их позицию;

д) концепты – специфичность понятий пациентов;

е) цели – вероятность достижения целей психотерапии с учетом культурных ценностей и привычек пациентов;

ж) методы – вероятность применения методов психотерапии с учетом культурных ценностей пациентов;

з) контекст – рассмотрение применения психотерапии с учетом социальных и экономических условий, например, миграционных, вероятность социальной поддержки и т. п.

*Копинг-стиль.* Еще одной чертой личности пациента является стиль копинга (копинг-стиль), то есть то, какой характерный ответ мы даем в новых или проблемных ситуациях нашей жизни. Некоторые люди привычно отстраняются или винят себя (интернализация), другие имеют тенденцию регулярно нападать на других или отреагировать (экстернализация), третьи находятся посередине и используют сбалансированный копинг-стиль.

*Ожидания.* Ожидания человека начали рассматриваться как общий фактор успешной психотерапии еще с 1930-х годов. Под влиянием классической социальной психологии было установлено влияние ожиданий на процессы восприятия, мотиваций и действий. В контексте определения роли ожиданий в психотерапии выделяют участие ожиданий в результативности психотерапии и ожидания в отношении природы и процессов психотерапевтического лечения.

*Стиль привязанности (присоединения).* Стиль привязанности, или организация привязанности (attachment style), относится к характерному способу человека строить личные отношения и принимать отношения, особенно касающиеся родителей, детей и романтических партнеров, которые называются персонами привязанности. Они обеспечивают безопасность, что позволяет человеку исследовать мир при отсутствии дистресса. Персоны привязанности также служат «прибежищем безопасности», когда человек ищет поддержки, защиты и комфорта во время дистресса. Исследование мира включает не только физический мир, но также исследование отношений с другими людьми и способность к отражению внутренних переживаний. Для психотерапевта важно стать надежным и заслуживающим доверия партнером при определении пациентом своих переживаний. Предполагается, что пациент может получить больше преимуществ от психотерапии при наличии безопасного стиля привязанности.

*Религия и духовность.* Некоторые пациенты начинают психотерапию с определенным интересом к включению в работу их религиозных убеждений или духовных ценностей. Во многих исследованиях изучался вклад в психотерапию религиозности по сравнению с ее отсутствием. Религиозность может определяться как приверженность к системе убеждений и практики, связанной с традициями и сообществом, в котором существует соглашение о том, во что верить и как это практиковать. Духовность может определяться как более общее чувство близости и связи со священным. Священное – это социально зависимое восприятие божественного существа. Выделяют религиозную, гуманистическую, природную и космическую духовность.

### **Заключение**

Таким образом, персонифицированная психотерапия представляет собой особый, научно и эмпирически обоснованный подход к выбору и адаптации форм и методов психотерапии к конкретному пациенту для повышения эффективности и экономичности психотерапии, а также для из-

бежания преждевременного выхода пациента из психотерапии. Ее реализация требует специальных знаний участников психотерапевтического сообщества и организаторов здравоохранения в области психического здоровья и психических расстройств.

Индивидуально работающий психотерапевт также может получить преимущества при реализации данного подхода, но легче и эффективнее его осуществлять в содружестве специалистов. Проблема заключается в сложных отношениях представителей различных направлений и методов психотерапии. Необходимо стремиться к объединению усилий, к тому, чтобы пациенты не искали «лучших» психотерапевтов и «лучшие» психотерапевтические учреждения, а сами психотерапевты, в случае необходимости, рекомендовали пациентам наиболее экономичные и эффективные способы лечения, чтобы в психотерапевтическом сообществе существовала реальная преемственность. Разные пациенты на разных этапах лечения нуждаются в дифференцированной терапии. Реализация персонифицированной психотерапии в нашей стране также требует объединения усилий профессионалов для развития и совершенствования методов психологической диагностики.

### Литература

1. Абабков В.А. Совершенствование психотерапевтической помощи // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации : тез. науч. конф. – СПб. : Человек и его здоровье, 2008. – С. 7.
2. Абабков В.А., Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А. [и др.]. Алгоритм оценки эффективности психотерапии при невротических расстройствах : метод. рекомендации. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – 26 с.
3. Перре М, Бауманн У. (ред.). Клиническая психология и психотерапия. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 943 с.
4. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2005. – 384 с.
5. Barkham M. [et al.] Service profiling and outcome benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 69. – P. 184–196.
6. Beutler L.E., Clarkin J., Bongar B. Guidelines for the systematic treatment of the depressed patients. – New York : Oxford University Press, 2000. – 455 p.
7. Garb H.N. Clinical judgment and decision making // Annual Review of Clinical Psychology. – 2005. – Vol. 55. – P. 13–23.
8. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. – Göttingen ; Bern ; Hogrefe, 1994. – 885 p.
9. Hannan C., Lambert M.J., Harmon C. et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure // Journal of Clinical Psychology: In

Session. – 2005. – Vol. 61. – P. 155–163.

10. Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. The psychotherapy dose-effect in natural settings revisited: Response to Gray [Letter to the editor] // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – Vol. 10. – P. 507–508.

11. Howard K.I., Moras K., Brill P.L. [et al.]. Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress // *American Psychologist*. – 1996. – Vol. 51. – P. 1059–1064.

12. Jacobson N.S., Follette W.C., Reversdorf D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance // *Behavior Therapy*. – 1984. – Vol. 15. – P. 336–352.

13. Kazdin A.E. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation // *Behavior Modification*. – 1977. – Vol. 1. – P. 427–452.

14. Kraus D.R., Horan F.P. Outcomes roadblocks: Problems and solutions // *Behavioral Health Management*. – 1999. – Vol. 17. – P. 22–26.

15. Lambert M.J. Prevention of treatment failure. The use of Measuring, Monitoring, and Feedback in Clinical Practice. – Washington: American Psychological Association, 2010. – 293 p.

16. Miller S.D., Duncan B.L., Sorrell R., Brown G.S. The Partners for Change Outcome System // *Journal of Clinical Psychology: in Session*. – 2005. – Vol. 61. – P. 199–208.

17. Norcross J.C. (Ed.). Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patient needs. – New York : Oxford University Press, 2002. – 375 p.

18. Norcross J.C. (Ed.). Psychotherapy relationships that work. Evidence-Based Responsiveness. – 2nd ed. – New York : Oxford University Press, 2011. – 440 p.

19. Norcross J.C., Lambert M.J. Evidence-Based Therapy Relationships // Psychotherapy relationships that work / J.C. Norcross (Ed.). – 2nd ed. – New York : Oxford University Press, 2011. – P. 3–21.

20. Ogles B.M., Lunnen K.M., Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice // *Clinical Psychology Review*. – 2001. – Vol. 21. – P. 421–446.

21. Roth A., Fonagy P. What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. – New York : The Guilford press, 1996. – 484 p.

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

Поступила 24.11.2016

**Для цитирования.** Абабков В.А. Методология персонифицированной психотерапии // *Вестн. психотерапии*. 2016. № 60 (65). С. 17–33.

---

## METHODOLOGY OF PERSONIFIED PSYCHOTHERAPY

**Ababkov V.A.**

✉ Valentin Anatol'evich Ababkov – Dr. Med. Sci. Prof., of the Department of medical psychology and psychophysiology of Saint-Petersburg State University (Makarova emb., 6, St. Petersburg, 199155, Russia), e-mail: ababkov@nm.ru.

**Abstract.** This article represents an essence and methodology of personified psychotherapy as a system of tailoring methods of psychotherapy for individual patient which allows to increase an effectiveness of psychotherapy and to avoid a premature withdrawal of patient from psychotherapy. It was shown a scientific background, principles, ways of organization and most effective elements of personified psychotherapy.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, personified psychotherapy, evidence psychology, methodology, principles, organization, effective elements.

### References

1. Ababkov V.A. Sovershenstvovanie psikhoterapevticheskoi pomoshchi [Perfection of psychotherapeutic treatment]. *Aktual'nye problemy okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi v Severo-Zapadnom regione Rossiiskoi Federatsii* [Actual problems of psychiatric treatment in North-West region of Russian Federation] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2008. Pp. 7. (In Russ.)
2. Ababkov V.A., Karavaeva T.A., Kolotil'shchikova E.A. [et al.]. Algoritm otsenki effektivnosti psikhoterapii pri nevroticheskikh rasstroistvakh [Algorithm of effectiveness evaluation in psychotherapy of neurotic disorders]. Sankt-Peterburg. 2010. 26 p. (In Russ.)
3. Perrez M., Baumann U. (Eds.) Klinicheskaya psikhologiya i psikhoterapiya [Clinical psychology and psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2012. 943 p. (In Russ.)
4. Prokhazka Dzh., Norkross Dzh. Sistemy psikhoterapii [Systems of psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2005. 384 p. (In Russ.)
5. Barkham M. [et al.] Service profiling and outcome benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001. Vol. 69. Pp. 184–196.
6. Beutler L.E. Clarkin J., Bongar B. Guidelines for the systematic treatment of the depressed patients. New York : Oxford University Press, 2000. 455 p.
7. Garb H.N. Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 55. P. 13–23.
8. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Gottingen ; Bern : Hogrefe, 1994. 885 p.
9. Hannan C., Lambert M.J., Harmon C. et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2005. Vol. 61. Pp. 155–163.
10. Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. The psychotherapy dose-effect in natural settings revisited: Response to Gray [Letter to the editor]. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 10. Pp. 507–508.
11. Howard K.I., Moras K., Brill P.L. [et al.]. Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*. 1996. Vol. 51. Pp. 1059–1064.



12. Jacobson N.S., Follette W.C., Reversdorf D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*. 1984. Vol. 15. Pp. 336–352.
13. Kazdin A.E. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*. 1977. Vol. 1. Pp. 427–452.
14. Kraus D.R., Horan F.P. Outcomes roadblocks: Problems and solutions. *Behavioral Health Management*. 1999. Vol. 17. Pp. 22–26.
15. Lambert M.J. Prevention of treatment failure. The use of Measuring, Monitoring, and Feedback in Clinical Practice. Washington : American Psychological Association, 2010. 293 p.
16. Miller S.D., Duncan B.L., Sorrell R., Brown G.S. The Partners for Change Outcome System. *Journal of Clinical Psychology: in Session*. 2005. Vol. 61. Pp. 199–208.
17. Norcross J.C. (Ed.). Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patient needs. New York : Oxford University Press, 2002. 375 p.
18. Norcross J.C. (Ed.). Psychotherapy relationships that work. Evidence-Based Responsiveness. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2011. 440 p.
19. Norcross J.C., Lambert M.J. Evidence-Based Therapy Relationships. Psychotherapy relationships that work. J.C. Norcross (Ed.). 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2011. Pp. 3–21.
20. Ogles B.M., Lunnen K.M., Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*. 2001. Vol. 21. Pp. 421–446.
21. Roth A., Fonagy P. What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York : The Guilford press, 1996. 484 p.

Received 24.11.2016

**For citing.** Ababkov V.A. Metodologiya personifitsirovannoi psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 17–33. **(In Russ.)**

Ababkov V.A. Methodology of personified psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 17–33.

## МЕТОДИКА АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

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

Представлено обоснование современной модели патогенетической психотерапии – аналитико-катартической терапии, представляющей собой синтез аналитической беседы и психодраматической техники «диалога с воображаемым значимым другим». С целью достижения катарсиса психотерапевт в процессе «диалога» дублирует одновременно и пациента, и его воображаемого собеседника. Такое «двойное дублирование» – вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта, – является инновационной техникой аналитико-катартической терапии, с помощью которой значительно усиливается катартический эффект диалога.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психотерапия, аналитико-катартической терапия, диалог с воображаемым значимым другим, двойное дублирование, катарсис.

Патогенетическая психотерапия создавалась В.Н. Мясищевым и его сотрудниками – Е.К. Яковлевой и Р.А. Зачевицким – в начале 1930–1940-х гг. на основе «психологии отношений» как система психотерапии, которая ставила перед собой задачу «изменения личности невротика, переделку его социальных установок» [11]. В середине 1970-х гг. под руководством Б.Д. Карвасарского и при активном участии Г.Л. Исуриной [6] и В.А. Мурзенко [8] была разработана методика проведения групповой патогенетической психотерапии. Поскольку индивидуальная патогенетическая и групповая психотерапии имели общую стратегическую цель – реконструкцию нарушенных отношений, в 1985 г. в своей монографии «Психотерапия» Б.Д. Карвасарский [7] объединил индивидуальную патогенетическую психотерапию с групповой под названием личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

С начала 1990-х гг. групповая психотерапия с целью усиления ее эффективности и сокращения сроков лечения начала наполняться техниками и приемами, заимствованными из феноменологических подходов: психод-

---

✉ Александров Артур Александрович – д-р мед. наук проф., Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

рамы, гештальт-терапии, группы встреч. Начало движению по разработке краткосрочных методов групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОПП) было положено усилиями автора этой статьи: в докторской диссертации «Клинические основы групповой психотерапии при неврозах» специальный раздел был посвящен разработке интегративной модели психотерапии, основанной на интеграции принципов и методов гештальт-терапии в систему ЛОПП [1]. В последующие годы было защищено еще две диссертации психологами Е.Б. Мизиновой – «Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах» [10] и Е.А. Колотильщиковой – «Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств» [5]. Парадокс состоял в том, что метод групповой психотерапии получал дальнейшее развитие, а индивидуальная психотерапия застыла в первоизданном виде – в виде «беседы-дискуссии».

Разработанная нами аналитико-катартическая терапия (АКТА) – это современная модель индивидуальной психотерапии, основанная на психологии отношений. Разделяя теорию личности и концепцию невроза В.Н. Мясищева, она значительно отличается от метода патогенетической психотерапии, сочетая аналитическую беседу с психодраматической техникой диалога. АКТА развилась из многолетней практики использования гештальт-экспериментов и приемов психодрамы в процессе патогенетической групповой психотерапии [3].

При создании метода патогенетической психотерапии В.Н. Мясищев и его коллеги прибегали к использованию элементов «всех господствующих (буржуазных) направлений того времени: психоанализа, психосинтеза, индивидуально-психологической терапии Адлера, рациональной психотерапии и т. п.» [12]. Концепция невроза и психотерапии развивалась В.Н. Мясищевым путем преодоления фрейдизма. Он был искренен, когда писал о том, что «много давшей, но в целом неприемлемой для нас системой психотерапии, явился психоанализ», и ставил задачу «критически преодолеть психоанализ» и сформулировать положения теории и практики психотерапии на основе психологии отношений. В.Н. Мясищев отказался от «метода свободных ассоциаций», который был напрямую связан с интерпретацией гипотетических инфантильно-сексуальных комплексов в пользу метода «беседы-дискуссии» рациональной психотерапии Дьюбуа. Однако в кандидатской диссертации «Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении» (1941) Е.К. Яковлева писала о том, что в трудных

случаях ей приходилось прибегать к методу свободных ассоциаций и разбору сновидений, не прибегая, правда, к психоаналитическим интерпретациям.

О чем это говорит? Это говорит о том, что метод «беседы» не всегда оказывается достаточным. Необходима техника, которая открывала бы доступ к неосознанным переживаниям. В психоанализе такой техникой является метод свободных ассоциаций, в гештальт-терапии – континуум осознания, в психодраме – проигрывание (преобразование рассказа в действие – enactment); в психотерапии Роджерса – вербализация чувств. Все эти техники способствуют спонтанному самовыражению. Создатели патогенетической психотерапии постоянно подчеркивали, что «осознание больным источников своего заболевания должно быть эмоционально насыщенным». Однако метод «беседы», будучи рациональным в своей сущности, в большей степени акцентировал изменения на когнитивном уровне и в меньшей степени затрагивал эмоциональную сферу пациента. В этом состоял относительный недостаток патогенетической психотерапии. АКТА преодолевает этот недостаток. Она не ограничивается беседами врача с пациентом, применяя технику «диалога пациента с воображаемым значимым другим». Тем самым устраняется дисбаланс в воздействии на когнитивный и эмоциональный уровни личностного функционирования [2].

Основной мишенью АКТА является внутриличностная проблематика и лежащая в ее основе неадекватная система отношений. К осознанию внутреннего конфликта АКТА идет через разыгрывание внешних конфликтов с эмоционально значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни пациента. Техника «диалога со значимым другим» является ключевой в АКТА, поскольку, при соблюдении ряда условий, непосредственно приводит к осознанию внутреннего конфликта и достижению катарсиса.

Конфликт можно разыгрывать и в сугубо внутриличностной сфере, например, с помощью техники интегрирования «полярностей», как это широко практикуется в гештальт-терапии. Пациент проигрывает диалог между противоречивыми тенденциями своей личности, последовательно отождествляясь с каждой из них. Раньше мы прибегали к этой технике, однако убедились в том, что по эффективности она уступает диалогу с воображаемым другим. Ведь человек познает себя и корректирует образы своего Я лишь в случае сравнения с другими людьми. Если человек не смотрит, как в зеркало, в значимого другого, если не разыгрывается конкретный межличностный конфликт, то диалог теряет реальную жизненную основу, чувственную силу, начинает крениться в сферу абстрактных рас-

суждений, в прямом смысле превращается в разговор с «пустым стулом». И только тогда, когда этот стул занимает конкретный «возмутитель душевного покоя» пациента, диалог приобретает конкретную форму, становится эмоционально насыщенным, ярким, жизненным. Встреча с эмоционально значимой фигурой обостряет внутренний конфликт и тем самым делает его более прозрачным и доступным для психотерапевтических воздействий. Через осознание роли своей личности в возникновении межличностного конфликта пациент подходит к осознанию неадекватных отношений, лежащих в основе его внутреннего конфликта.

В АКТА история жизни пациента, его личность, патогенная конфликтная ситуация обсуждаются в самом начале психотерапии в рамках «предварительного интервью», которое предназначено для общей ориентации психотерапевта в жизненной ситуации и проблематике пациента, для оценки его личности в целом. Большое значение придается разговору о ценностях пациента, о его жизненных установках, потребностях, целях жизни, его достижениях и неудачах, планах на будущее. В процессе этих бесед терапевт стремится к определению зоны конфликтных отношений и идентификации эмоционально-значимых фигур, которые оказывали или продолжают оказывать влияние на жизнь пациента. Это, прежде всего, родители и другие близкие фигуры из детства и отрочества, под влиянием которых формировалась неадекватная система отношений, а также лица, вовлеченные в актуальный конфликт.

Проработка отношений со значимыми фигурами – необходимое условие для интеграции генетического и интерперсонального осознания, что является главной задачей психодинамического подхода. Идентификация значимых объектов на этапе предварительного интервью, которое в ряде случаев может продолжаться более одного сеанса, важна не только для понимания психогенеза эмоциональных проблем пациента, но необходима также для последующего структурирования терапевтического процесса. В результате совместного с терапевтом обсуждения волнующих пациента вопросов уже в процессе предварительного интервью проясняются некоторые привычные способы реагирования и понимание пациентом частных аспектов себя и других.

Когда значимый материал идентифицирован, структура психотерапевтических сессий меняется: каждая сессия состоит теперь из двух блоков: беседы терапевта с пациентом и диалогом пациента с воображаемым другим. Преследуя одну стратегическую цель – коррекцию нарушенных отношений, эти блоки имеют разные тактические задачи.

*Значение беседы.* Содержанием беседы, предваряющей диалог, является анализ отношений пациента с конкретным эмоционально значимым лицом. Эта беседа носит конфронтационный характер. Источником конфронтации является терапевт: он сталкивает пациента с противоречивыми фактами, высказываниями и чувствами, задает провокационные вопросы. Цель – расшатать убеждения пациента, посеять сомнения, побудить пациента к критической оценке ситуации и своей роли в ней. В то же время терапевт использует эмпатию, однако, в отличие от роджерсианской точки зрения, занимает более активную позицию. В ходе беседы терапевт «нащупывает» слабые места в позиции пациента, отслеживает проявления его сопротивления (на вербальном и невербальном уровнях) и в нужный момент предлагает перейти от рассказа к действию – проигрыванию диалога.

*Значение диалога.* Диалог – кульминация терапевтического сеанса. Цель – достижение катарсиса. Для осознания неосознанных чувств, мотивов, переживаний и разрешения внутренних противоречий необходимо активное участие в этом диалоге терапевта, который играет роль дублера («второго Я» пациента). Дублер говорит то, что сам пациент (протагонист) в данной ситуации высказать не может или не осмеливается. Он стремится быть «внутренним голосом», вскрывать тайные мысли, чувства и желания. Необходимо отстраниться от своих собственных потребностей, чувств и представлений и непредвзято вчувствоваться в пациента и его ситуацию. Роль дублера довольно сложна. Он должен понимать все то, что не договаривает пациент. При этом необходимо быть «вовлеченным участником», а не «профессиональным наблюдателем» [13].

В чем заключается роль воображаемого собеседника? Он служит экраном для проекции Я: все действие происходит во внутреннем мире пациента. В отличие от классической психодрамы, в АКТА результативной силой является не внешнее взаимодействие с другими участниками группы, а внутреннее действие – переживание-деятельность [4]. Внешнее же действие – смена стульев – необходимо для более четкого разведения внутренних голосов. В психоанализе процесс, посредством которого человек представляет, что он находится внутри некоторого объекта, внешнего по отношению к себе, называется «проективной идентификацией» [14]. По существу диалог в АКТА – это проигрывание проективной идентификации.

Пространственная конфигурация расположения пациента, воображаемого собеседника и терапевта имеет форму треугольника, вершину которого занимает терапевт, а в основании разведены по углам пациент («Я пациента») и воображаемый собеседник на пустом стуле («проекция Я»,

«альтер эго»). Терапевт прибегает к дублированию. В отличие от классической психодрамы, терапевт дублирует и пациента, и его воображаемого собеседника. Двойное дублирование – вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта, – это инновационная техника АКТА, с помощью которой значительно усиливается катартический эффект диалога. В процессе диалога, в отличие от беседы, источником конфронтации становится сам пациент, последовательно отождествляясь с проецированными аспектами своего внутреннего конфликта.

Важным условием успешности диалога является отождествление терапевта с пациентом, что, в свою очередь, обеспечивает самоотождествление пациента. Терапевт отождествляется с обеими сторонами конфликта, выступая в роли посредника; ему это раздвоение удается благодаря взгляду «со стороны», он не вовлечен в конфликт на какой-либо стороне, он бесстрастен, он сочувствует пациенту, отождествляется с его проблемой, видя ее противоречивость, и прилагает усилия к тому, чтобы помочь увидеть эти противоречия своему пациенту. Терапевт, прибегая к технике двойного дублирования, последовательно отождествляется с каждой из сторон внутреннего конфликта, усиливая «голос» той, которая недостаточно осознается пациентом. Терапевт в буквальном смысле проникает во внутренний мир пациента, он обостряет противоречия и доводит конфликт до степени «взрыва» – катарсиса.

На этом пути пациент и терапевт вместе преодолевают сопротивление пациента, не зная наверное какое открытие ждет их впереди: содержание конфликта неизвестно обоим, оно раскрывается в этом диалоге. Катарсис нельзя запланировать, это – продукт совместного творчества: в АКТА катарсис переживается одновременно и терапевтом, и пациентом. Терапевт стремится к тому, чтобы каждая сессия заканчивалась, как минимум, частичным катарсисом – осознанием и отреагированием отдельных аспектов проблемы пациента. Конечная цель терапии – достижение полного катарсиса – результат интеграции прежде разобщенных аспектов личности с последующей коррекцией нарушенных отношений.

Позиция терапевта в АКТА отличается от позиции терапевта в клиент-центрированной терапии. АКТА нельзя упрекнуть в директивности: терапевт в АКТА не директивен, он более активен. Он придерживается конфронтационного стиля, но вместе с тем использует эмпатию, отражение эмоций. И в этом нет противоречия. Терапевты, ориентированные на эмпатическую технику Роджерса, негативно относятся к конфронтацион-

ным приемам, которые воспринимаются ими как «противоборство» терапевта и пациента, усиливающие сопротивление последнего. Конфронтационные приемы в АКТА не вступают в противоречие с использованием эмпатической техники. Сама техника дублирования в АКТА предполагает, с одной стороны, более активное участие терапевта в развивающемся диалоге, с другой стороны, обратную связь пациента с терапевтом-дублем: пациент или принимает и развивает в диалоге реплики дубля, поскольку они конгруэнтны его внутренним ощущениям, либо отвергает их как нечто чуждое, навязанное. В последнем случае терапевт меняет направление поиска. Кроме того, в диалоге АКТА, благодаря технике двойного дублирования, источником конфронтации становится сам пациент, отождествляясь с проецированными аспектами своего конфликта.

АКТА проводится не только в индивидуальной, но и в групповой форме. Групповая АКТА также существенно отличается от групповой формы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. В групповой ЛОРП главной формой психотерапевтического воздействия является групповая дискуссия. Все остальные формы выступают как вспомогательные: они дают дополнительный материал для дальнейшего использования в дискуссии. Это – разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, проективный рисунок [6, 8]. В АКТА же главная форма групповой психотерапии – работа терапевта с пациентом на фоне группы. Такая модель используется в гештальт-терапии. Несмотря на ограниченное число интеракций между членами группы, отмечается выраженная групповая динамика. Это обуславливается двумя факторами: во-первых, интенсивной эмоционально насыщенной работой в диаде «терапевт-пациент», во-вторых, феноменом идентификации членов группы с протагонистом – так называемым «созерцательным катарсисом» [9].

### **Заключение**

Основные характеристики метода аналитико-катартической терапии: 1) она работает с неосознанными переживаниями; 2) она стремится к достижению катарсиса – феномена, возникающего в момент прорыва психологической защиты, сопровождаемого эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Катарсис связан не только с осознанием и эмоциональной разрядкой, но и с последующей за ними трансформацией личности; 3) она подводит пациента к осознанию внутреннего конфликта и дезадаптивных установок личности через проигрывание внешних конфликтов с эмоционально значимыми фигурами; 4) диалог в анали-



тико-катартической терапии – это конфронтационный диалог пациента с самим собою при активном участии терапевта, применяющего технику «двойного дублирования».

### Литература

1. Александров А.А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1992. – 46 с.
2. Александров А.А. Соотношение когнитивного и аффективного в аналитико-катартической терапии // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 57 (62). – С. 7–19.
3. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 231 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления кризисных ситуаций. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
5. Колотильщикова Е.А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 24 с.
6. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 231–254.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М. : Медицина, 1995. – 303 с.
8. Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при неврозах // Групповая психотерапия при неврозах и психозах : [сб. ст.] / под ред. Б.Д. Карвасарского, В.А. Мурзенко. – Л., 1975. – С. 77–83. – (Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. Труды ; т. 76).
9. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика, классическая психодрама Я.Л. Морено. – М. : Прогресс : Универ, 1994. – 351 с.
10. Мизинова Е.Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 24 с.
11. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 428 с.
12. Мясичев В.Н. Отделение для психоневротиков // Бюл. Невропсихиатр. ин-та им. В.М. Бехтерева за 1933 г. – Л., 1934. – С. 28–31.
13. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000. – 1019 с.
14. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1995. – 250 с.

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

Поступила 01.12.2016

**Для цитирования.** Александров А.А. Методика аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 34–43.

---

## TECHNIQUE OF THE ANALYTICAL-CATHARTIC THERAPY OF EMOTIONAL DISTURBANCES

**Aleksandrov A.A.**

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

✉ Artur Aleksandrovich Aleksandrov – Dr. Med. Sci. Prof., North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41 St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

**Abstract.** The paper considers possibility of the new model of the pathogenetic psychotherapy – analytical-cathartic therapy, which represents synthesis of analytical "conversation" and psychodramatic technique "dialogue with imaginary significant person". To reach catharsis the therapist doubles in the process of dialogue both the patient and his imaginary person (projection of the patient's self). Such "double doubling" – verbalization and confrontation of the contradictory patient's feelings and wishes – represents the innovative technique of the analytical-cathartic therapy, which strengthens the cathartic effect of the dialogue.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, psychotherapy, analytical-cathartic therapy, dialogue with imaginary significant person, "double doubling", catharsis.

### References

1. Aleksandrov A.A. Klinicheskie osnovy gruppovoi psikhoterapii pri nevrozakh [Clinical basis of the group psychotherapy of neuroses] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1992. 46 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A. Sootnoshenie kognitivnogo i affektivnogo v analitiko-katarticheskoi terapii [Cognitive and affective interaction in the analytic-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. Pp. 7–19. (In Russ.)
3. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emotsional'nykh narushenii [Analytic-cathartic therapy of emotional disturbances]. Sankt-Peterburg. 2014. 231 p. (In Russ.)
4. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya krizisnykh situatsii [Psychology of experiences. Analysis of the crisis management]. Moskva. 1984. 200 p. (In Russ.)
5. Kolotil'shchikova E.A. Metodika interpersonal'noi gruppovoi psikhoterapii dlya lecheniya nevroticheskikh rasstroistv [Technique of the interpersonal group psychotherapy of neurotic disturbances] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2004. 24 p. (In Russ.)
6. Isurina G.L. Gruppovye metody psikhoterapii i psikhokorreksii [Techniques of group psychotherapy and psychocorrection]. Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korrektsii v klinike* [Methods of diagnostic and correction in clinical practice]. Leningrad. 1983. Pp. 231–254. (In Russ.)

7. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva. 1995. 303 p. (In Russ.)

8. Murzenko V.A. Gruppovaya psikhoterapiya pri nevrozakh. *Gruppovaya psikhoterapiya pri nevrozakh i psikhozakh* [Group psychotherapy of neuroses and psychoses]: collection of scientific works. Eds.: B.D. Karvasarskii, V.A. Murzenko. Leningrad. 1975. Pp. 77–83. (In Russ.)

9. Leuts G. Psikhodrama: teoriya i praktika, klassicheskaya psikhodrama Ya.L. Moreno [Psychodrama: theory and practice, classical psychodrama of J.L. Moreno]. Moskva. 1994. 351 p. (In Russ.)

10. Mizinova E.B. Kratkosrochnaya gruppovaya lichnostno-orientirovannaya (rekonstruktivnaya) psikhoterapiya pri nevroticheskikh rasstroistvakh [Short-term personal-oriented (reconstructive) group psychotherapy of neurotic disturbance] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2004. 24 p. (In Russ.)

11. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 428 p. (In Russ.)

12. Myasishchev V.N. Otdelenie dlya psikhonevrotikov [Department for psychoneurotics]. *Byulleten' Nevropsikhiatricheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva za 1933 g.* [Bulletin of V.M. Bekhterev Neuropsychiatric institut for 1933]. Leningrad. 1934. Pp. 28–31. (In Russ.)

13. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopaedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2000. 1019 p. (In Russ.)

14. Raikroft Ch. Kriticheskii slovar' psikhoanaliza [Critical dictionary of psychoanalysis]. Sankt-Peterburg 1995. 250 p. (In Russ.)

Received 01.12.2016

**For citing.** Aleksandrov A.A. Metodika analitiko-katarticheskoi terapii emocional'nykh narushenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 34–43. (In Russ.)

Aleksandrov A.A. Technique of the Analytical-cathartic therapy of emotional disturbances. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 34–43.

## КОНЦЕПЦИЯ ПОЗИЦИЙ М. КЛЯЙН И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Санкт-Петербургский государственный технологический институт  
(технический университет) (Россия, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26);  
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Рассматриваются понятия параноидно-шизоидной и депрессивной позиций, описывающие специфические способы функционирования психики. Характеристики позиций были сконструированы М. Кляйн в ходе клинической работы для понимания динамики внутреннего мира пациентов психотерапевта. Для каждой из позиций характерен свой набор приемов и защитных механизмов, рассмотренных в статье с приведением примеров. Объясняется связь между позициями. Посредством концепции позиций определяется логика психотерапевтического процесса.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психоанализ, психотерапия, Мелани Кляйн, параноидно-шизоидная позиция, депрессивная позиция, игровая психоаналитическая терапия.

### Введение

В настоящее время при обнаружении у взрослых пациентов параноидно-шизоидной симптоматики большинство психиатров и психологов не относит истоки этих симптомов к столь раннему периоду развития психики ребенка, как это показано в работе М. Кляйн и ее последователей – психоаналитиков. Вместе с тем учет столь ранней психической травмы (1–4-й месяц жизни), помогает врачу не только составить правильную программу анализа актуального состояния больного, но и изменить стратегию восстановления и нормализации его психического состояния. Кроме того, такой психоаналитический подход концентрирует внимание врачей иных профессий на значимости самых ранних повреждений еще незрелой психики личности и, возможно, углубит их понимание поведения и переживаний

---

✉ Ливач Елена Антоновна – канд. социол. наук доцент, отд. социологии С.-Петерб. гос. технол. ин-т (техн. ун-т) (Россия, 190013, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26), e-mail: livach@list.ru;

Грановская Рада Михайловна – д-р психол. наук проф., ст. науч. сотр., Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru.

пациентов, побудив изменить стереотипное взаимодействие с взрослым пациентом.

Мелани Кляйн (1882–1960) вошла в историю психоанализа как автор ряда плодотворных концепций, объясняющих развитие и функционирование психики. Эти концепции возникли из опыта многолетней клинической практики Кляйн с детьми и взрослыми. Часть этих концепций являлась развитием идей З. Фрейда и его коллег, часть заполнила существовавшие пробелы в понимании психических феноменов, часть противоречила Фрейдovým постулатам о психическом функционировании. Видное место в теории Кляйн занимает концепция позиций, ориентировка в которой позволяет отслеживать динамику изменений психики клиента как в терапевтическом процессе в целом, так и в отдельно взятом диалоге с психотерапевтом.

Термин «позиция» Кляйн использует для обозначения группы тревог и защит, которая изначально характерна для определенной фазы психического развития. Позицию также можно описать как способ самообъяснений индивидом как своих взаимоотношений с внешним миром, так и специфического диапазона эмоций, переживаемых по этому поводу. У взрослого человека та или иная позиция активируется в зависимости от соотношения наличных ресурсов психики («силы Эго», говоря психоаналитическим языком) и степени испытываемого стресса.

Кляйн выделяла параноидно-шизоидную и депрессивную позиции. Концепция позиций была творчески развита и переосмыслена представителями Британского психоаналитического общества [1, 5, 13, 14].

(В данном тексте, включая цитаты, под «Я» и «Собственным Я» подразумевается представление субъекта о себе, тогда как термином «Эго» обозначается психическая структура, существующая с первых дней жизни субъекта. Эта структура ответственна за: восприятие внешнего мира, способность различения внешнего и внутреннего, распознавание удовлетворения и фрустрации, а также за формирование фантазий о динамике внутреннего мира [13, с. 507–509].)

### **Параноидно-шизоидная позиция**

Термином «параноидно-шизоидная позиция» М. Кляйн обозначает способ функционирования психики, характерный для периода с первого по четвертый месяц жизни. Этот способ является отражением периода формирования человеческой психики. В данном контексте важнейшими условиями являются 1) необходимость восприятия младенцем другого человека

(как правило, это мать) и взаимодействия с ним для психического развития; 2) расщепление как первичный механизм обработки данных восприятия. Выделяют также расщепление Эго и расщепление объекта. Расщепление Эго выражается в восприятии собственных черт и поступков как существующих отдельно. Показателем этого является противоречивое поведение и противоречивое представление о себе. В целом при работе с клиентом, чья психика активно использует расщепление Эго, возникает впечатление, что в его памяти нет непрерывной истории взаимодействия с терапевтом. Неприемлемые и потому отщепленные части себя могут приписываться реальному человеку, группе или какому-либо персонажу. На это указывают постоянные упоминания этого лица, как правило, сопровождающиеся сильными эмоциями.

Расщепление объекта означает, что он не воспринимается как целостное явление; его «хорошие» (удовлетворяющие) и «плохие» (фрустрирующие) свойства содержатся отдельно, что позволяет избежать амбивалентного отношения к объекту. Вместо этого имеет место любовь к абсолютно хорошему объекту и ненависть и страх перед абсолютно плохим. Развитие «расщепления» отражает адаптивный рост, поскольку позволяет младенцу «раскусить» перцепт, так сказать, рассортировать куски и подчинить их пищеварительным ферментам внутреннего опыта – предшественника мысли. Этот активный опыт служит развитию мышления и взросления, являясь предшественником сознания и внимания [4, с. 22]. Развитие расщепления необходимо, так как еще не окрепшая психика младенца рискует обрушиться под натиском перцептивной информации, поступающей извне, и эмоциональной информации, характеризующей отношения младенца и матери. «...С самого начала существует несколько матерей, и каждая из них связана с удовлетворением, которое младенец получает или в котором нуждается, что порождает “хорошую” и “плохую” мать, соответственно, для каждой его потребности. Эти матери соотносятся с отдельными “младенцами”, то есть обособленно переживаемыми состояниями, отщепленными друг от друга и удерживаемыми отдельно друг от друга в защитных целях» [13, с. 358].

Важно заметить, что младенец воспринимает объект (мать) как фрустрирующий его в каждом случае, когда он не получает необходимого удовлетворения. Другими словами, идея отсутствия, в силу своего абстрактного характера, пока недоступна мышлению младенца. Отсутствие удовлетворяющего объекта на этой ранней стадии развития переживается как присутствие фрустрирующего объекта. Концепция восприятия отсут-

ствия хорошего как присутствие плохого занимает значительное место в трудах У.Р. Биона: «...он [младенец] осознает потребность в хорошей груди и снова эта “потребность в хорошей груди” является “плохой грудью”, от которой необходимо избавиться <...> плохая грудь изгонялась, когда он двигался во время принятия молока...» [1, с. 49]. То есть во внутреннем мире младенца его собственные ощущения (голод и боль) воспринимаются как объекты внешнего мира, причиняющие ему вред.

Таким образом, одним из показателей того, что психика человека в данный момент функционирует параноидно-шизоидным образом, является готовность к поиску «плохих объектов» (завистников, преследователей, злоумышленников) при объяснении переживаемых фрустраций. Типичным примером будет первичный запрос клиента на то, чтобы «исправить», «изменить» или «избавиться от» конкретных людей или социальных групп. Образы этих людей или групп в мире представлений клиента являются показателем фрустрации, возникшей в связи с отсутствием способности достичь ситуации удовлетворения. Причины, по которым это отсутствие не может осознаться, и являются предметом терапевтической работы. Осознание отсутствия удовлетворяющих объектов и/или способности с ними взаимодействовать (например, осознание неразвитости своего умения строить продуктивные личные отношения или умения отстаивать свои интересы) является показателем перехода психики на более высокую ступень функционирования.

Важнейшим препятствием на пути развития психики, то есть интеграции противоречивых переживаний, поступающих от одного и того же объекта, и, следовательно, интеграции образов «плохого» и «хорошего» объектов в один реалистичный образ, является специфическое восприятие младенцем собственной агрессии и его способы обращения с ней. Сила и абсолютный характер переживаемой агрессии является следствием ее отделения от испытываемых переживаний удовлетворения вследствие расщепления. «Эго, как и объект, также расщеплено, и плохое Я удерживается как можно дальше – от Я хорошего» [5, с. 73]. Благодаря расщеплению возможно создание однозначно хорошего ядра Я, которое впоследствии определяет желание жить, оптимизм, внутреннюю монолитность любви, а также уважения к себе и уверенности в себе. Однако ценой формирования такого ядра становятся концентрированные чувства ненависти к абсолютно плохому объекту, связанные с тревогой преследования (персекуторной, в терминологии Кляйн) со стороны плохого объекта.

Тревога преследования, в свою очередь, является следствием приписывания младенцем собственной агрессии объекту путем механизма проективной идентификации, то есть помещения неприемлемых импульсов и черт в объект внешнего мира. Различие между проекцией и проективной идентификацией заключается в образном, конкретном характере представлений о проецируемом в случае проективной идентификации, в отличие от абстрактного, символического характера проецируемого при проекции. «...На мать, или лучше сказать, в мать проецируются отщепленные части Эго» [8, с. 80]. Проективная идентификация является более примитивным и, следовательно, более мощным способом защиты психики от чрезмерных переживаний и внутренних конфликтов по сравнению с проекцией. [*Проективная идентификация*]... являясь «механизмом коммуникации между довербальным младенцем и матерью <...> в остаточном виде присутствует и во взрослой жизни в форме аффективной коммуникации» [4, с. 122–123].

Н. Мак-Вильямс подчеркивает, что объект проективной идентификации, т. е. лицо, в которое субъект помещает непереносимые аффекты или аспекты себя, воспринимает это психическое послание: «...пациент <...> вынуждает человека, на которого он их проецирует, вести себя подобно тем объектам <... > Свойство проективной идентификации действовать как “самоактуализирующееся пророчество” было объяснено <...> как естественный результат степени нарушений, достаточный для того, чтобы восприятие реальности основывалось на очень примитивных механизмах, но недостаточной для психоза» [11, с. 147–149]. Таким образом, можно связать понятие параноидно-шизоидной позиции с пограничным (borderline) уровнем функционирования личности.

В клинической практике проективная идентификация проявляется иррациональными переживаниями терапевта, зачастую не характерными для него, в присутствии клиента, который данных чувств не проявляет. Например, беседуя с вежливой и сдержанной клиенткой, терапевт испытывает сильнейшие агрессивные либо сексуальные (независимо от своего пола и ориентации) импульсы; или же в присутствии клиента, произносящего достаточно стандартные фразы, терапевт чувствует, что его способность думать и анализировать существенно заторможена или почти блокирована. Ситуация усугубляется тем, что клиент может выражать уверенность в том, что терапевт испытывает данные чувства в связи с ним, и таким образом подкрепляет их: например, в такой форме сообщать терапевту, что он (терапевт) злится на клиента или презирает его, что у терапевта появляются основания для подобных чувств. «Особенностью такого рода коммуни-



каций является то, что на первый взгляд они совсем не выглядят так, как будто это сделал пациент. Аналитик испытывает аффект как собственную реакцию на что-то. И надо приложить усилия, чтобы отделить вклад пациента от своего собственного» [5, с. 103]. Воздействие проективной идентификации может ощущаться не только в форме чувств или мыслей, но также в форме физических состояний (например, сонливость) или болезненных ощущений. Как правило, эти состояния проходят, когда удается их осознать и разместить в диалоге с клиентом.

В свою очередь, использование механизма проективной идентификации переживается субъектом как лишение какой-то части своей личности – чувства, отношения, черты. «Изгоняются и проецируются не только плохие, но и хорошие части Я. Проекция хороших переживаний и хороших частей Я в мать существенна для способности младенца развивать хорошие объектные отношения и интегрировать свое Эго. Если этот проективный процесс осуществляется чрезмерно, хорошие части личности оказываются потерянными. Итогом данного процесса является ослабление и обеднение Эго. Проекция элементов Эго на других людей (например, «в нашей семье все решает жена») имеет своим результатом чрезмерную зависимость от этих внешних репрезентантов собственных хороших частей» [8, с. 81]. То есть чрезмерность в активизации проективной идентификации приводит к переживанию своей неполноценности, слабости, утрате контроля над своей жизнью. «Проективная идентификация является частью состояний спутанности, дезориентации, аутистической отстраненности, клаустрофобии, агорафобии и фантазий о власти над объектами или о власти объектов над вами. Клиенты, у которых есть чувство, что они сомнамбулы, что «в них кто-то вселился» или что они действуют как зомби или роботы, испытывают проблемы с проективной идентификацией» [4, с. 123]. В таком случае можно предположить, что клиент вынужден масштабно использовать проективную идентификацию, поскольку в текущих условиях его психика не способна задействовать более сложные, т. е. имеющие более высокий уровень символизации, психические защиты – например идентификацию или вытеснение. Тогда вместо стремления «имитировать поведение X» возникает стремление «украсть нечто у X» или даже «проглотить X». А упомянутое выше отношение к своим импульсам как к реальным феноменам приводит к бессознательной уверенности в том, что нечто уже украдено и X подозревает об этом, поэтому можно ждать возмездия с его стороны.

У.Р. Бион предложил оригинальное объяснение смысла проективной идентификации как коммуникации между бессознательным субъекта и объекта. Он полагает, что ощущения и эмоции младенца не пригодны для того, чтобы психически обрабатывать их, так как его психика еще не развила в себе данную способность. Эту способность, которую Бион обозначил как «альфа-функцию», младенец «заимствует» у матери (а клиент – у психотерапевта). «Чтобы опыт был усвоен, альфа-функция должна применяться в процессе усвоения эмоционального опыта» [1, с. 22]. Мать (или терапевт) выполняет свою задачу, реагируя таким образом, чтобы младенец (или клиент) смог обходиться со своими переживаниями так, чтобы его жизнеспособность повышалась. Например, младенец испытывает болезненное чувство голода и тревогу в связи с этим, а мать одновременно начинает тревожиться о том, что он голоден, и кормит его. В терапевтическом процессе задачей терапевта, естественно, является не удовлетворить фрустрированные потребности клиента, а символизировать их, т. е. перевести в речь. Например, «хотя ваш голос спокоен, когда вы рассказываете о расставании со своим партнером, вполне возможно, что в глубине души вы все еще испытываете гнев на него и боль разрыва». Переведенные в речь и таким образом ставшие доступными для осознания, эмоции и способности действия могут продолжать свою трансформацию в сторону принятия более конструктивных решений.

Многократно повторенный, такой способ взаимодействия между клиентом и терапевтом постепенно приводит к формированию собственной альфа-функции клиента и, следовательно, к стабилизации его психического функционирования. Напротив, длительная невозможность в первые годы жизни получать помощь в переживании своих эмоций и ощущений замедляет развитие психики как системы внутренних объектов, являющихся «слепок» внешних объектов, что и позволяет носителю быть достаточно независимым от этих объектов.

Проективная идентификация является одним из ключевых механизмов функционирования параноидно-шизоидной психики наряду с примитивной идеализацией и обесцениванием, которые будут рассмотрены далее.

Причина, по которой агрессия фрустрированного младенца непереносима для него и должна быть изгнана (проецирована) во внешний объект, заключается в том, что на параноидно-шизоидной позиции собственные эмоции представляются реальными, а не психическими феноменами, и, следовательно, желание разрушить фрустрирующий объект (мать) действительно может привести к ее разрушению и к мести с ее стороны: «С

самого начала деструктивный импульс <...> направляется против объекта и вначале выражается в фантазийных орально-садистических атаках на грудь матери. Страхи преследования, возникающие из орально-садистических импульсов младенца <...> очень важны для развития паранойи и шизофрении» [8, с. 72].

Итак, для параноидно-шизоидной позиции характерно восприятие своих переживаний как реальных событий, имеющих последствия во внешнем мире, а не как событий своего внутреннего мира. Распутать смешение внешнего и внутреннего будет более простой задачей для терапевта, если он понимает механизмы обращения клиента со своими переживаниями.

Кляйн и ее последователи уделяли внимание в основном импульсам агрессии и деструкции. В младенческом возрасте агрессивные и деструктивные импульсы являются примитивной и единственно доступной реакцией на фрустрацию, которая адресована ухаживающему взрослому. Однако при переживании агрессии у субъекта возникает дилемма в связи с тем, что, «поскольку дифференцированное переживание собственного Я с самого начала зависит от параллельного существования представляемого объекта, сущностно необходимая мотивация сохранности собственного Я не может поддерживаться отдельно от сохранности объекта» [12, с. 131]. По Кляйн, есть два основных способа разрешить эту дилемму: первым является приписывание собственной агрессии объекту – в этом случае развивается тревога преследования, в особых случаях приводящая к параноидальному психозу. Вторым способом является психическое действие субъекта, которое У.Р. Бион назвал «нападением на связи». В одноименной статье он описывает процесс фрагментации собственного психического аппарата (Эго), который воспринимается как источник агрессии. То есть психика разрушается под воздействием собственного деструктивного импульса для того, чтобы избежать направленности этой деструкции на объект. Это происходит в случае, если мать не может помочь ребенку переживать его эмоции, которые воспринимаются им как тотальные и действенные. Возникают сильнейшие внутренние конфликты, разрешить которые психика младенца может только путем деструкции импульсов и подавления всей активности психики, из которой эти импульсы исходят, путем разрушения психической структуры – так сказать, тактика «выжженной земли». «Так подготавливается путь к тяжелой задержке развития. Чувство ненависти направляется на все эмоции, включая саму ненависть, и на внешнюю реальность, которая их возбуждает» [2, с. 313]. Именно этот процесс приводит в более легких случаях к внешним проявлениям отсут-

ствия связи с внешним миром – интроверсии, самодостаточности, утраты аффекта, одиночества, деперсонализации и т. д., т. е. к «характерным шизоидным чертам» [3, с. 45–48]. В тяжелых случаях результатом «нападения на связи» становится симптоматическая картина шизофрении – разрушения связей с другими, разрушения смысловых связей, разрушения связей между различными сферами психики.

Кляйн дает и объяснение феноменам примитивной идеализации объекта с его последующим обесцениванием, что характерно для параноидно-шизоидного способа функционирования. Она полагает, что тревога преследования «создает потребность быть защищенным от преследователей и поэтому ведет к увеличению мощи удовлетворяющего объекта» [6, с. 193]. Наверное, каждый врач и психолог знаком с ситуацией, когда на прием приходит пациент, выражающий чрезмерное восхищение и абсолютную уверенность в том, что специалист ему поможет. По опыту известно, что этот настрой рано или поздно сменится разочарованием, презрением, исчезновением без объяснений или даже судебным иском, когда «абсолютно хороший» образ специалиста во внутреннем мире пациента сменится «абсолютно плохим». Подобный паттерн, скорее всего, будет проявляться и в личной жизни такого клиента. Отрицаемые «плохие» свойства объекта рано или поздно превысят «критическую массу» и, достигнув сознания, займут место «хорошего» образа объекта. Гнев и ненависть по отношению к этому «плохому» объекту, по законам функционирования параноидно-шизоидной психики, вызовут тревогу преследования, защититься от которой можно вновь идеализацией этого или другого объекта.

Обесценивание имеет и другие механизмы происхождения, которые будет уместнее рассмотреть в следующем разделе.

Итак, понятием «параноидно-шизоидная позиция» М. Кляйн обозначает специфический способ функционирования психики, являющийся нормой в возрасте 0–4 мес жизни, а в более взрослом возрасте проявляющийся вследствие временной или постоянной неспособности психики справиться с чрезмерными стрессами окружающего мира или же с собственными импульсами, которые воспринимаются как реально разрушающие тех, от кого зависит благополучие индивида. Для параноидно-шизоидной позиции характерны такие механизмы, как расщепление, то есть фрагментированное восприятие себя и других, и тревога преследования вследствие проецирования своей агрессии во внешний мир при переживании фрустрации. В чрезмерном действии этих механизмов Кляйн видела причины параноидальной и шизофренической симптоматики. Другими характерными

механизмами являются проективная идентификация – психическая деятельность по исследованию и интеграции собственной психики путем помещения ее «неудобоваримых» аспектов в образы других и фантазии о том, что другие поступают так же с субъектом. Это может вызывать у субъекта чувства ущербности и неполноценности, представление о том, что он подчиняется чьей-то воле или содержит в себе нечто чуждое и враждебное. Проективная идентификация вызывает у объекта соответствующие эмоциональные и физические ощущения, приводя, таким образом, к формированию противоречивых, эмоционально выматывающих отношений. Примитивная идеализация является способом избежать тревоги преследования, способом, характерным для параноидно-шизоидной позиции, что лишает субъекта возможности строить реальные отношения и запускает цепочку тотальных обожаний с последующими разочарованиями.

Если параноидно-шизоидная позиция проходит благополучно, то стабильность удовлетворения снижает агрессивные импульсы. Наряду с накоплением информации об объекте это приводит к возможности интеграции образа объекта, что запускает переход психики на депрессивную позицию.

### **Депрессивная позиция**

Слияние хороших и плохих свойств объекта в единый образ означает слияние чувств любви и ненависти к нему. По Кляйн, в возрасте 4–6 месяцев младенец обнаруживает, что объект, который он любит и ценит, и объект, которого он боится и который разрушает в своей фантазии, – это одно лицо. Следствием появления этого единого образа во внутреннем мире младенца является депрессивная тревога, то есть страх, что агрессия субъекта может уничтожить любимый объект, и потребность защитить объект от собственной ненависти. «Депрессивная тревога является исключительно важным элементом зрелых взаимоотношений, источником благородных и альтруистических чувств, поддерживающих благополучие объекта» [13, с. 169]. Кляйн описывает депрессивную позицию как сочетание тревоги преследования со способами защиты от нее и тоски по любимому объекту, который воспринимается разрушенным – мертвым или испорченным.

Разрешение этого внутреннего конфликта в пользу любви и укрепления продуктивной связи с объектом свидетельствует о реалистичной вере в собственную хорошесть и, таким образом, в благополучный выход из депрессивной позиции. Кляйн подробно описывает брачно-семейные отношения в зависимости от того, достаточно ли была проработана и разре-

шена вина, возникающая впервые на депрессивной позиции [9]. В терапевтической практике достижение депрессивной позиции проявляется в признании своей ответственности и переживании печали из-за невольно причиненного ущерба. Сопротивление в процессе терапии показывает, как трудно осознать свою прошлую деструктивность и все же не потерять чувство собственного достоинства, которое требует признать и возместить нанесенный урон. Это сказано в знаменитой фразе «Прости их, ибо не ведают, что творят».

Тяжесть ноши признания своей вины и несовершенства может быть невыносима для субъекта при определенных обстоятельствах. В этом случае происходит «миграция» психики между параноидно-шизоидной и депрессивной позициями, что Бион обозначал как PS $\leftrightarrow$ D, т. е. фрагментация $\leftrightarrow$ интеграция. Этот процесс переживается как периодическая смена чувства вины, сожаления и желания возместить ущерб (совершить репарацию, по терминологии Кляйн) на ожесточенность либо тревогу преследования. Субъект попеременно обвиняет то себя, то другого (других) либо же вообще отрицает значимость своих отношений. Выражаясь фигурально, субъект безуспешно пытается закрыть глаза на перспективу остаться без любимого (изначально матери) по собственной вине и необходимость компенсировать причиненный вред. Кляйн прямо указывает, что считает депрессию «результатом смешивания параноидной тревоги и того содержания тревоги, переживаний страдания и защит, которые связаны с приближающейся потерей любимого объекта» [7, с. 160]. На этой стадии формируются параноидные, маниакальные и обсессивные защиты. Рассмотрим их функционирование.

Параноидная защита осуществляется путем фантазий об уничтожении фигур, преследующих субъекта за то, что он причинил вред объекту. Эти фантазии насыщены переживанием всемогущества и характеризуются такой жестокостью и садистической изобретательностью, в которую трудно поверить и которая, однако, зафиксирована Кляйн в ее многочисленных описаниях клинических случаев. В отечественной литературе приведен скрупулезно документированный пример терапии пятилетнего мальчика со случаем астмы психосоматического происхождения [2]. Его садистические фантазии об уничтожении свидетельствуют о том, что сила страха перед расплатой за ущерб, причиненный важному и ценному объекту, превышает интегративные возможности психики и ресурс веры в собственную хорошесть, которая могла быть подорвана жестоким обращением, физическими страданиями, смысл которых остался неясен (например, при медицинских

процедурах), или игнорированием со стороны опекающих лиц. При параноидной защите мир представляется насыщенным насилием, а субъект – попеременно – то могущественным и благородным мстителем, то невинной жертвой, поставленной в безвыходные условия. Представляется вероятным, что именно триумф параноидных защит в психике Ивана Грозного в сочетании с уровнем развития его личности (близком к психотическому) и возможностям статуса правителя привели к тому, что фантазии о безграничной жестокости при расправе с «преследователями» во внутреннем мире были воплощены во внешней реальности.

В терапевтической практике с клиентами невротического уровня функционирования садистические фантазии встречаются в рассказах о сновидениях, угадываются по выбору излюбленных сюжетов художественных произведений или же могут быть открыто высказаны при установлении доверительных отношений. Подчеркнем, что они отражают трудности признания субъектом своей вины, которая скорее носит воображаемый характер (атавистические представления о всемогуществе своих импульсов, не имевших возможности быть осознанными и проработанными).

Маниакальная защита проявляется в «принижении значимости объекта и презрении к нему» [7, с. 164], что позволяет уменьшить представление о нанесенном ущербе. Ее признаками также являются гротескные преувеличения и преуменьшения в описаниях событий, объектов и отношений с ними. Преувеличиваются разнообразные аспекты себя. Преуменьшение достоинств объектов приводит к неспособности удовлетворения от взаимодействия с ними и, следовательно, к усилению фрустрации. «Когда в результате получаемых в результате тестирования внешней реальности постоянных и разнообразных подтверждений увеличивается доверие <...> к своей способности любить, своим репаративным силам <...> маниакальное всемогущество убывает» [10, с. 271].

Обсессивная защита представляет собой навязчивые действия, которые являются разыгрыванием ситуации причинения ущерба и последующей репарации. Репарация оказывается безуспешной, в результате чего действие нужно повторять. Важно, что качество репарации находится в прямой связи с самооценкой. Представляя себя плохим, субъект, естественно, переживает как плохое и то, чем он пытается компенсировать результат своей деструктивности.

Помощь в проработке этих защит позволяет клиенту интегрировать разрозненные аспекты себя в единый образ и сформировать доброжелательное отношение к себе с возможностью укреплять и подтверждать его

путем продуктивных действий в свой адрес, а также путем конструктивного вклада в свои отношения со значимыми другими. При этом повышаются работоспособность и творческие способности. Путем снятия внутренних конфликтов и более адекватного представления о собственной агрессивности пациент получает возможность придавать ей социально одобряемые формы. Переход от параноидно-шизоидной позиции к депрессивной и проработка защит депрессивной позиции позволяет субъекту снизить внутреннее напряжение и задействовать свои творческие способности при построении индивидуального способа взаимодействия с внешним миром.

### Литература

1. Бион У. Р. Научение через опыт переживания : пер. с англ. – М. : Когито-центр, 2008. – 128 с.
2. Васильева Н.Л. Психоаналитический подход в системе психологического сопровождения детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2007. – 45 с.
3. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2014. – 536 с.
4. Гротштейн Дж. С. Расщепление и проективная идентификация. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2014. – 224 с.
5. Клинические лекции по Кляйн и Биону : пер. с англ. / под ред. Р. Андерсона. – М. : Когито-центр, 2012. – 192 с.
6. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы относительно эмоциональной жизни младенца // Психоаналитические труды : в 7 т. : пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ERGO, 2009. – Т. V: Эдипов комплекс в свете ранних тревог и другие работы 1945–1952 гг. – С. 187–230.
7. Кляйн М. Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний // Психоаналитические труды : в 7 т. : пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ERGO, 2007. – Т. II: Любовь, вина и репарация и другие работы 1929–1942 г. – С. 139–177.
8. Кляйн М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах // Психоаналитические труды : в 7 т. : пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ERGO, 2009. – Т. V: Эдипов комплекс в свете ранних тревог и другие работы 1945–1952 г. – С. 69–101.
9. Кляйн М. Любовь, вина и репарация // Психоаналитические труды : в 7 т. : пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ERGO, 2007. – Т. II: Любовь, вина и репарация и другие работы 1929–1942 гг. – С. 205–255.
10. Кляйн М. Скорбь и ее отношение к маниакально-депрессивным состояниям // Психоаналитические труды : в 7 т. : пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ERGO, 2007. – Т. II: Любовь, вина и репарация и другие работы 1929–1942 гг. – С. 257–292.
11. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. – М. : Класс, 2012. – 480 с.



12. Тэхэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход : пер. с англ. – М. : Канон+ : Реабилитация, 2012. – 464 с.

13. Хиншелвуд Р.Д. Словарь кляйнианского психоанализа : пер. с англ. – М. : Когито-центр, 2007. – 566 с.

14. Bion W.R. Attacks on Linking // Int. J. of Psychoanalysis. – 1959. – N 40. – P. 308–315.

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

Поступила 06.09.2016

**Для цитирования.** Ливач Е.А., Грановская Р.М. Концепция позиций М. Кляйн и ее применение в психотерапевтической практике // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 44–59.

---

## KLEIN'S PSYCHIC POSITION THEORY AND ITS APPLICATION IN PSYCHOTHERAPY

Livach E.A.<sup>1</sup>, Granovskaya R.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State Institute of Technology  
(Moskovsky Ave, 26, St. Petersburg, 190013, Russia);

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

✉ Elena Antonovna Livach – PhD Soc. Sci. Associate Prof., Department of Sociology, Saint-Petersburg State Institute of Technology (Moskovsky Ave, 26, St. Petersburg, 190013, Russia); e-mail: livach@list.ru;

Rada Mikhailovna Granovskaya – Dr. Psychol. Sci. Prof., Senior Research Associate, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: rada-gran@yandex.ru.

**Abstract.** The article discussed psychic position theory by Melanie Klein. "Paranoid-schizoid position" and "depressive position" are mental constellations, which describe specific ways of mental functioning. Use of the concept "position" as a system of anxieties and mental defenses allows understand and trace dynamics of internal world of patients. The article describes types of anxieties and defenses are characteristic of each of positions and contains relevant examples. Author considers logical interrelation of positions as a theory basis for understanding dynamics of therapeutic process.

**Keywords:** clinical psychology, psychoanalysis, psychotherapy, Melanie Klein, paranoid-schizoid position, depressive position, psychoanalytic play therapy.

## References

1. Bion W.R. Nauchenie cherez opyt perezhivaniya [Learning from experience]. Moskva. 2008. 128 p. (In Russ.)

2. Vasil'eva N.L. Psihoanaliticheskiy podhod v sisteme psihologicheskogo so-provozhdenija detej i podroستkov [Psychoanalytic approach in system of psychological maintenance of children and teenagers] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2007. 45 p. (In Russ.)

3. Guntrip H. Shizoidnye javlenija, ob'ektnye otnoshenija i samost'. [Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self]. Moskva. 2014. 536 p. (In Russ.)

4. Grotstein J. S. Rasshheplenie i proektivnaja identifikacija [Splitting and Projective Identification]. Moskva. 2014. 224 p. (In Russ.)

5. Klinicheskie lekcii po Klein i Bionu. [Klinical lectures on Klein and Bion]. Ed. R. Anderson. Moskva. 2012. 192 p. (In Russ.)

6. Klein M. Nekotorye teoreticheskie vyvody otnositel'no jemocional'noj zhizni mladenca [Some theoretical conclusions regarding the emotional live of the infant]. Psihoanaliticheskie trudy [Psychoanalytic Writings in seven volumes] : in 7 Vol. Eds.: S.F. Sirotkin, M.L. Mel'nikova. Izhevsk. 2009. Vol. V: Jedipov kompleks v svete rannih trevog i drugie raboty 1945–1952 g. [The Oedipus complex in the light of early anxieties and other works 1945–1952]. Pp. 187–230. (In Russ.)

7. Klein M. Vklad v psihogenez maniakal'no-depressivnyh sostojanij [A contribution to psychogenesis of manic-depressive states]. Psihoanaliticheskie trudy [Psychoanalytic Writings in seven volumes] : in 7 Vol. Eds.: S.F. Sirotkin, M.L. Mel'nikova. Izhevsk. 2007. Vol. II: Ljubov', vina i reparacija i drugie raboty 1929–1942 g. [Love, guilt and reparation and other works 1929–1942]. Pp. 139–177. (In Russ.)

8. Klein M. Zametki o nekotoryh shizoidnyh mehanizmah [Notes on some schizoid mechanisms]. Psihoanaliticheskie trudy [Psychoanalytic Writings in seven volumes] : in 7 Vol. Eds.: S.F. Sirotkin, M.L. Mel'nikova. Izhevsk. 2009. Vol. V: Jedipov kompleks v svete rannih trevog i drugie raboty 1945–1952 g. [The Oedipus complex in the light of early anxieties and other works 1945–1952]. Pp. 69–101. (In Russ.)

9. Klein M. Ljubov', vina i reparacija [Love, guilt and reparation]. Psihoanaliticheskie trudy [Psychoanalytic Writings in seven volumes] : in 7 Vol. Eds.: S.F. Sirotkin, M.L. Mel'nikova. Izhevsk. 2007. Vol. II: Ljubov', vina i reparacija i drugie raboty 1929–1942 g. [Love, guilt and reparation and other works 1929–1942]. Pp. 205–255. (In Russ.)

10. Klein M. Skorb' i ee otnoshenie k maniakal'no-depressivnym sostojanijam [Mourning and its relation to manic-depressive states]. Psihoanaliticheskie trudy [Psychoanalytic Writings in seven volumes] : in 7 Vol. Eds.: S.F. Sirotkin, M.L. Mel'nikova. Izhevsk. 2007. Vol. II: Ljubov', vina i reparacija i drugie raboty 1929–1942 g. [Love, guilt and reparation and other works 1929–1942]. Pp. 257–292. (In Russ.)

11. McWilliams N. Psihoanaliticheskaja diagnostika: ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe [Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process]. Moskva. 2012. 480 p. (In Russ.)

12. Тdхкд V. Psihika i ee lechenie: psihoanaliticheskiy podhod [Minds and it Treatment: Psychoanalytic Approach]. Moskva. 2012. 464 p. (In Russ.)

13. Hinshelwood R.D. Slovar' kljajnianskogo psihoanaliza [A Dictionary of Kleinian Thought]. Moskva. 2007. 566 p. (In Russ.)

14. Bion W.R. Attacks on Linking. *Int. J. of Psychoanalysis*. 1959. N 40. Pp. 308–315. (In Russ.)

Received 06.09.2016

**For citing.** Livach E.A., Granovskaya R.M. Konceptcija pozicij M. Kljajn i ee primenenie v psihoterapevticheskoj praktike. *Vestnik psihoterapii*. 2016. N 60. Pp. 44–59. (In Russ.)

Livach E.A., Granovskaya R.M. Klein's psychic position theory and its application in psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 44–59.

УДК [616.89 : 615.851] : 614.2

**М.С. Чистяков**

## **РАЗВИТИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПСИХИАТРИЧЕСКИМ (МЕДИЦИНСКИМ) И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ВЗГЛЯДАМИ НА ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ОБЩАЯ МОДЕЛЬ ИЛИ ДВЕ РАЗНЫЕ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ) МОДЕЛИ?\***

Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром),  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132)

Рассматриваются различия между психиатрическим медицинским и психотерапевтическим (в частности, психодинамическим) подходами к диагностике и лечению психических расстройств. Описывается развитие взаимоотношений между этими подходами, вылившееся в сложившиеся в разных странах разные модели соотносительности этих парадигм друг с другом (объединенная модель или две, более или менее независимые друг от друга, модели). Приводятся примеры затруднений, проявлений непоследовательности, возникающих при попытках оперирования различными вариантами общей модели, претендующей на объединение этих двух разных подходов в единое целое. Предлагается рассматривать психиатрический медицинский и психотерапевтический подходы как обладающие своей отдельной внутренней логикой, как независимые и в то же время дополняющие друг друга, в соответствии с принципом дополнительности, сформулированным когда-то Н. Бором в квантовой механике для упорядочивания противоречивых данных, получаемых при разных условиях наблюдения и разных установках наблюдателя.

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, психические расстройства, объединенная модель психических расстройств, психодинамическая модель, принцип дополнительности.

---

✉ Чистяков Максим Сергеевич – врач-психотерапевт, Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром) (Россия, 198020, Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50), e-mail: m\_chistyakov@inbox.ru.

\* Статья печатается в порядке материала для дискуссии. – *Примеч. ред.*

### **Принцип дополнительности в научном мышлении**

Прежде чем обратиться к сложной и полной споров теме взаимоотношений между психиатрией и психотерапией, стоит вспомнить немного историю развития науки, в частности физики, в сложный период поиска новых парадигм перед лицом накапливавшихся противоречий при попытках объяснить новые факты прежними устоявшимися теориями. Размышляя над противоречиями в получаемых данных при различных условиях эксперимента в квантовой механике, Нильс Бор в 1927 г. сделал вывод, что для полного описания квантово-механических объектов и их поведения необходимо применять два взаимоисключающих («дополнительных») набора классических понятий, совокупность которых дает исчерпывающую информацию об этих явлениях как о целостных и предложил использовать для такого описания принцип дополнительности. Математик и философ В.В. Налимов видел в принципе дополнительности Н. Бора признание того факта, что классической логики недостаточно для описания сложных явлений окружающего мира. В.В. Налимов считает, что при введении принципа дополнительности Н. Бор, признавая невозможность построения единой, основанной на внутренней логике теории, модели «для воспроизведения в знаковой системе целостного явления» [6, с. 102], в частности поведения микрообъектов, в то же время допускает и даже считает необходимым «взаимоисключающее употребление двух языков, каждый из которых базируется на обычной логике» [6, с. 102–103] (или, соответственно, двух взаимоисключающих теорий, моделей, каждая из которых «базируется на обычной логике»). Н. Бор почти сразу предложил распространить применение принципа дополнительности и на область биологии, и на область психологии. Он писал: «...характеристики людей, обладающих сознанием, представляют черты целостности, отображение которых требует типично дополнительного способа описания» [5, с. 532]. Распространяя принцип дополнительности на понимание психологических процессов, Н. Бор подчеркивал, что «мы должны вообще быть готовы к тому, что всестороннее освещение одного и того же предмета может потребовать разных точек зрения, препятствующих однозначному описанию» [4, с. 58].

*Различия между психиатрическим и психотерапевтическим подходами к психическим расстройствам.* Предметом интереса и областью применения и для психиатрии, и для психотерапии являются нарушения психического функционирования у людей. Однако психиатрия и психотерапия смотрят на эти проблемы с разных позиций, имеют разные подходы, формируют разные классы понятий и используют разную терминологию,

по-разному формулируют задачи диагностики и лечения, имеют несколько различающиеся представления о норме и патологии, опираются на разные концепции функционирования психики. Психиатрия как область медицины опирается на биологическую, естественнонаучную основу. В медицине традиционно используется нозологический подход, подразумевающий представление о патологических процессах в человеческом организме, включая психику, как об определенных болезнях, имеющих определенную этиологию, патогенез, течение и исход. При этом специфичность клинической картины определенной болезни связана со специфическим сочетанием определенных синдромов, состоящих из отдельных симптомов. Все, что не попадает в определенные отдельные ячейки этих классификационных схем (поведение, переживания, связи переживаний друг с другом и с определенным поведением, которые не описаны в этих стандартных классификационных схемах), в подходе психиатрии к нарушениям психики отбрасывается как несущественное. Целью диагностики в психиатрии является прежде всего выделение из целостного рисунка переживаний и поведения пациента таких элементов, которые могут быть и должны быть мишенью для биологической терапии (лекарства, электросудорожная терапия (ЭСТ) и т. д.). Понятно, что это не дает всеохватывающего понимания переживания пациентом своего существования в мире в уникальности его индивидуальной жизненной ситуации. Но, принимая во внимание цели психиатрической диагностики, такое понимание здесь и не требуется. В психиатрии под нормой фактически понимается отсутствие бреда, галлюцинаций, отсутствие нарушений памяти и интеллекта, отсутствие выраженных нарушений настроения, нарушений побуждений, мышления, нарушений физиологических и вегетативных функций, которые бы приводили к отчетливому дезадаптивному поведению, нарушению общепринятой оценки реальности, нарушению способности к трудовой деятельности и построению (хотя бы поверхностных) социальных связей. Другими словами, в психиатрии под нормой фактически понимается отсутствие у человека психических расстройств, соответствующих психиатрическим классификационным схемам.

Психотерапия и психологические концепции, на которые она опирается, используют совсем другой язык, имеют другое, чем психиатрия, представление о норме, имеют другие методы лечения и по-другому сформулированные цели лечения и т. д. Хотя каждое из основных направлений психотерапии – психодинамическое, гуманистическое, когнитивно-бихевиоральное – использует свой собственный язык, по-своему формулирует це-

ли лечения, использует разные методы в лечении, основным инструментом лечения и осуществления изменений в психотерапии являются определенным образом организованный процесс взаимодействия между пациентом и психотерапевтом. Какие бы методы психотерапевт ни использовал, в значительной степени, а по мнению ряда авторов [4, 5, 7, 8] – в основном, агентом изменений в психотерапии являются отношения, которые устанавливаются между психотерапевтом и пациентом. Соответственно и понятие нормы и градация степеней отклонения от нее для удобства клинической практики в психотерапии должны быть привязаны к характеристикам отношений пациента (с терапевтом, с другими людьми, с самим собой), а не к характеристикам пациента как «вещи в себе». В соответствии с этим должна определяться и цель психотерапии: приведение этих отношений пациента с самим собой и другими в гармонию, их углубление и развитие до степени удовлетворенности пациента этими отношениями, гибкость их приспособления к меняющимся жизненным обстоятельствам и потребностям пациента. Все это подчеркивает, что во всех видах психотерапии важно думать в терминах связей и отношений, а не в терминах свойств объекта. С этим связана потребность в особом языке для психотерапии, отличном от языка психиатрии.

*Развитие разных моделей взаимоотношений между психиатрическим и психотерапевтическим подходами.* Наиболее разработанную теоретическую психотерапевтическую модель, наиболее подробно, всеобъемлюще и глубоко, по сравнению с теоретическими моделями других психотерапевтических направлений, описавшую и объяснившую все нюансы как явно патологических, так и привычных «нормальных» психических проявлений, имеет психодинамическая модель, и в частности психоанализ. Это была самая первая психотерапевтическая модель, и она явилась фундаментом для основателей и разработчиков всех остальных, появившихся позже, психотерапевтических направлений (кроме поведенческой психотерапии). И гуманистическое, и когнитивно-бихевиоральное направление детальные концепции психопатологии не разрабатывали. При описании конкретных форм и видов психопатологии эти направления психотерапии обычно апеллируют либо к медицинской, психиатрической, либо к психодинамической модели. Именно с возникновением и развитием психоаналитической теории появилось различие и началось выстраивание взаимоотношений между психотерапевтическим и психиатрическим медицинским взглядом на психику. Собственно, до возникновения психоанализа психотерапия, в то время – гипнотерапия и рациональная психотерапия

Дюбуа, не имела какого-то своего собственного языка, понятийного аппарата, использующихся для формулирования целостной научной концепции, теории, дающей объяснение психическим проявлениям в норме и патологии, альтернативное к психиатрической медицинской модели. Такая задача до этого и не ставилась, и существовавшие тогда формы психотерапии, в которых во многом пациент рассматривался как объект для убеждения или внушения (несмотря на декларируемую в подходе Дюбуа модель диалога между врачом и пациентом), вполне комфортно себя чувствовали в рамках медицинской модели. Но когда психоаналитическая модель возникла, стала развиваться и, используя свой собственный специфический язык и понятийный аппарат, давать свое собственное описание и объяснение психической патологии и нормы, отличное от принятого в существовавшей медицинской модели, возник вопрос о взаимодействии между этими двумя моделями в понимании патологии психики и в формировании представления о психической норме. В разных странах и в разных психиатрических школах вопрос этого взаимодействия решался по-разному. В США среди психиатров возник очень большой интерес к психоанализу со времени его возникновения с желанием интегрировать его в психиатрию. Там выстраивалась и развивалась некая общая модель, объединяющая в себе и медицинский, и психоаналитический (психотерапевтический) подход в определенную единую систему, при значительном наполнении этой модели психоаналитическими концепциями, подчас отодвигающими в ней биологические предпосылки описываемых расстройств на задний план [23]. И это нашло отражение и в разных редакциях американской классификации психических болезней (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM), и в том факте, что ряд выдающихся американских психиатров, оказавших заметное влияние на содержание разделов американской классификации DSM и участвовавших в ее разработке, имели, наряду с медицинским психиатрическим, второе высшее образование – в области психоанализа (Р. Гринкер, Гандерсон, Р. Спитцер, М. Стоун).

В европейских странах, в частности в Великобритании [22] и Германии [23], психоанализ (как и вообще психотерапия) с его особым языком и психиатрия как область медицины с ее языком развивались параллельно, относительно независимо друг от друга.

В Советском Союзе, и отчасти это продолжается в России в настоящее время, так же как и в США, выстраивалась скорее единая, объединяющая психиатрию и психотерапию в единое целое модель. Но здесь она, в отличие от США, строилась на платформе медицинской психиатриче-

ской парадигмы, подчиняющей себе психотерапевтическую модель. И в нашей стране это отражалось в области психотерапевтической практики в характерном бесконечном поиске «органически неполноценной почвы», «мягких проявлений эндогенных психических расстройств», «наследственной предрасположенности», «прячущихся» за невротическими проявлениями, в недоучете психодинамических механизмов участвующих в возникновении этих проявлений. Это долгое время проявлялось и в законодательстве, не допускающем психологов, то есть лиц без медицинского образования, к полноценному психотерапевтическому лечению пациентов, разрешая только «психологическое консультирование». Это отражается и в том, что область применения существующего в нашей стране сильно упрощенного варианта (по сравнению с психоанализом) психодинамической модели в виде патогенетической терапии В.Н. Мясничева (которая с трудом вписывается в единые рамки выстроенной биолого-психологической парадигмы, но испытывает сильное влияние с ее стороны) часто ограничена случаями тех невротозов, в которых достаточно явно для врача и не очень смутно для пациента прослеживается связь невротической симптоматики с противоречивыми установками, проявляемыми пациентом по отношению к значимым лицам в его окружении, и связь этих установок с установками пациента в отношениях с родителями в процессе воспитания. К тому же это те случаи, где пациент способен принять интерпретации психотерапевта, проясняющего для него эти связи (порой достаточно прямолинейно и упрощенно), и использовать эти интерпретации с пользой для своего прогресса. Во всех остальных случаях психотерапевт привычно обращается к поиску причины невротической симптоматики в «неявном эндогенном психическом заболевании», «органически неполноценной почве» и т. д., переходя на рельсы психиатрического подхода. Влияние объединенной на основе доминирования психиатрии модели проявляется и в том, что на практике в патогенетической терапии отношения психотерапевт–пациент выстраиваются по типу отношений врач–больной в психиатрии, где пациент, бывший объектом «неправильных» установок родителей и являющийся теперь носителем «неправильных» установок, связанных с «неправильным» родительским влиянием, является объектом «правильных» разъясняющих и убеждающих воздействий доминирующего безупречного врача-эксперта с целью изменений «неправильных» установок в «правильном» направлении. При этом динамика переноса-контрпереноса в отношениях пациент–психотерапевт недоучитывается, недоучитывается и тот момент, что на происходящее в поле этих отношений влияют оба участника про-



цесса. И это недоучитывание, обусловленное доминирующим влиянием психиатрической парадигмы на психотерапию, проявляется еще и в отсутствии в нашей стране требования прохождения собственной личной психотерапии, в качестве клиента, в определенном объеме для обучающихся психотерапии. Говоря о проблемах, порождаемых использованием в клинике такой объединенной на основе психиатрии модели, включающей психиатрию и психотерапию, автору вспоминается, например, эпизод, когда на супервизии один психотерапевт (в недавнем прошлом – психиатр) представлял случай пациента, перенесшего однократно «соматогенный психоз» с галлюцинаторным синдромом за 2 года до начала психотерапевтической работы с ним. С точки зрения критериев психиатрической нормы, этот пациент в момент начала психотерапевтической работы с ним был вполне психически нормален, имея только относительно небольшое количество невротических симптомов. Опираясь на критерии нормы, принятые в психиатрии, психотерапевт работал с ним как с невротиком, давал интерпретации, апеллируя к «разумности» пациента. Однако состояние пациента на этом фоне стало ухудшаться, он стал жаловаться на значительно усилившуюся тревогу, на «бесполезность терапии». При более подробном разборе этого случая выяснилось, что, при внешнем благополучном фасаде, больной сильно отличался от нормы в соответствии с критериями психотерапии, имел пограничную личностную организацию и требовал использования особых техник, особого, более осторожного подхода, чем обычный невротик. Вспоминается и другой случай, связанный с влиянием такой объединенной на основе психиатрии модели психиатрии-психотерапии, когда один психолог, проводивший научную работу и исследовавший порог восприятия эмоционально значимых межличностных стимулов у разных пациентов, в личной беседе с автором удивлялся, что у пациентов с биполярным аффективным расстройством в ремиссии этот порог повышен. По представлениям этого психолога, у таких пациентов этот порог должен быть нормальным, так как «больные с биполярным аффективным расстройством в ремиссии нормальны». Но эти пациенты «нормальны» в ремиссии только с точки зрения понятия нормы в психиатрии. В соответствии с психотерапевтическими критериями нормы эти больные даже в ремиссии «нормальными» не являются. Эта точка зрения отражена как в работах психоаналитиков [9, 11], так и в работах по когнитивно-бихевиоральной психотерапии [20].

Если взять другую, американскую, объединенную модель, испытавшую при своем построении большое влияние психоанализа, то здесь тоже

можно привести примеры проблем, вытекающих из смешения в единую систему психотерапевтической (психоаналитической) и психиатрической парадигм. Например, отсутствие в американской классификации (а теперь и в построенной во многом на американской модели международной классификации) психических расстройств DSM разделения депрессии на психогенную и эндогенную в значительной степени проистекает из отстаиваемого целым рядом специалистов взгляда на депрессию как на единый континуум, охватывающий разные ее степени тяжести, от легкой до тяжелой, без существенного качественного различия между различными видами депрессий. Согласно этому взгляду, во многом связанному с психоаналитической традицией, все депрессии имеют одни те же психологические механизмы возникновения и нет необходимости говорить о качественных различиях каких-то ее видов. В ряде недавно опубликованных работ, где оценивалась эффективность применения антидепрессантов при депрессиях, был сделан вывод о статистически не значимом превышении эффекта от применения антидепрессантов над эффектом от плацебо [12, 18]. Пациенты в этих исследованиях отбирались в соответствии с критериями DSM для депрессии, без разделения на эндогенную и неэндогенную депрессию. Однако в тех исследованиях, где при отборе пациентов это разделение проводилось, неоднократно было продемонстрировано, что в группе больных с эндогенной депрессией эффект от применения антидепрессантов значимо превышает эффект от плацебо, так же как демонстрировалось, что эффект от применения ЭСТ в группе больных с эндогенной депрессией существенно превышал эффект от ее использования в группе больных психогенной депрессией [25]. Другой пример связан с введением в классификацию DSM 3 двух рубрик – «пограничное личностное расстройство» и «шизотипическое личностное расстройство» – вместо рубрики «латентная шизофрения» DSM 2 [23]. Р. Спитцер, занимавшийся этим со своей группой и разрабатывавший диагностические критерии для этих расстройств, обосновывал введение этих двух новых рубрик в классификацию вместо прежнего термина «латентная шизофрения» тем, что 2 разные группы исследователей под термином «пограничное расстройство» (обозначающим пациентов, балансирующих на грани возникновения психоза, как и термин «латентная шизофрения») описывали 2 разные формы патологии, которые Р. Спитцер предложил обозначить «пограничное личностное расстройство» и «шизотипическое личностное расстройство» [21]. Однако Р. Спитцер как будто упускает из виду, что исследователи из одной группы, которых он упоминает, в частности О. Кернберг [16], Р. Найт [19],

рассматривали пациентов с чисто психоаналитической позиции или, как Р. Гринкер [13], использовали позиции эго-психологии для общей оценки внешнего поведения пациента и его установок в межличностных отношениях. Исследователи из второй группы, которых он упоминает, в частности П. Хок и П. Полатин [15], С. Кетти и Д. Розенталь [17], рассматривали пациентов с позиции медицинского подхода клинической психиатрии. В общей выборке пациентов, которую Р. Спитцер пытался отдифференцировать по двум выделенным им диагностическим категориям с помощью разработанных им и его группой опросников для этих двух диагностических групп, 54 % пациентов оказались соответствующими одновременно критериям обоих этих диагностических категорий [21]. И это может быть связано с тем, что исследователи из этих двух упоминаемых Спитцером групп порой не столько смотрели на 2 разные группы пациентов, сколько описывали одну и ту же диагностическую группу, только с двух разных позиций и разным языком. Еще интересно то, что Р. Спитцер, доказывая валидность разработанного им опросника и диагностических критериев для выделения пограничного расстройства личности как самостоятельного и отдельного от шизофрении (хотя многие исследователи до него считали пограничное расстройство находящимся внутри спектра шизофренических расстройств), берет в контрольную группу для проверки своего опросника и сравнения с пациентами с пограничным расстройством пациентов с неврозами, аффективными расстройствами (95 % контрольной группы), расстройствами личности, алкоголизмом и зависимостями от других химических веществ, но не больных с шизофренией [21]. И это выглядит несколько странно, учитывая то, что Р. Спитцер пытается доказать. Вообще термин «пограничное расстройство» пришел в американскую психиатрию из психоанализа (Stern, A., 1934) [24]. Не все американские психиатры согласны с выделением пограничного расстройства в отдельную нозологическую форму (Akiskal [10], Stone, M. [24]). М. Stone, главный редактор вышедшего в 1985 г. сборника статей психоаналитиков и психиатров, внесших наибольший вклад в разработку концепции пограничного расстройства, считает пограничное расстройство не столько отдельной формой личностного расстройства, сколько отражением его тяжести [24]. По его мнению, наиболее популярное среди психотерапевтов (психоаналитиков) описание пограничного расстройства, данное О. Кернбергом (близкое к описанию этого расстройства в DSM-III и в МКБ-10), охватывает разнообразный контингент пациентов, которые, с точки зрения клинической психиатрии, могут соответствовать как критериям диагноза разных специ-

фических расстройств личности тяжелой степени (что соответствует понятию «ядерная психопатия» в отечественной психиатрии), так и критериям шизофрении, шизоаффективного расстройства, биполярного аффективного расстройства (особенно II типа) [24].

*Принцип дополнительности и взаимоотношения между психиатрическим и психотерапевтическим подходами.* Таким образом, попытки смешать психиатрический (медицинский) подход с психотерапевтическим (психоаналитическим) с их особыми, разными языками, разными представлениями о норме и патологии в единую логическую систему зачастую приводят к нарушению внутренней логики такой системы и к недоразумениям. И не стала ли бы психиатрия более внутренне логичной и связной наукой, если ее максимально освободить от психотерапевтического языка (во многом сфокусированного на отношениях), оставив ей язык описания характеристик (симптомов) пациента как объекта, выносящий за скобки влияние врача (как наблюдателя и соучастника взаимодействия)? Не выиграла ли бы психотерапия, особенно психоанализ, если ее освободить от психиатрического языка, от психиатрических диагностических формулировок, которые зачастую малополезны в психотерапии, а порой сбивают психотерапевта с толку? Психотерапия заинтересована в языке и формулировках, отражающих типичные паттерны отношений, устанавливаемых пациентом с окружающими, включая врача, отражающих возможную динамику разворачивающихся отношений с врачом. И для этих целей язык психиатрии порой слишком статичен, не отражает необходимую для психотерапии глубину понимания переживания пациентом его отношений с собой и другими.

Если бы мы рассматривали психотерапию (особенно психодинамическую психотерапию как наиболее разработанную теоретическую модель) и психиатрию, в соответствии с принципом дополнительности Н. Бора, как имеющие свою внутреннюю логику, дополняющие друг друга, но в то же время отдельные, не перекрывающиеся друг с другом теоретические модели описания функционирования психики в норме и патологии, подобно тому как в квантовой механике, например, концепция поведения электрона как волны дополняется концепцией поведения электрона как частицы, не стало ли бы это таким же толчком в развитии нашего научного понимания психических явлений, каким послужило когда-то введение принципа дополнительности Н. Бора [2] для понимания квантомеханических явлений? И если использовать психотерапевтическую (психодинамическую) и психиатрическую медицинскую модель как две независимые оси

координат, через которые мы оцениваем каждого пациента, не обеспечило ли бы нам это большую ясность и понимание, чем попытки смешать психотерапию и психиатрию в одной модели?

### **Заключение**

Попытки смешивания психиатрического медицинского и психотерапевтического подходов – при существенных различиях в их базовых концепциях, языке описания функционирования психических процессов – в единую логическую систему приводит к противоречиям, нарушению единства и структурированности внутренней логики такой системы, к ее постепенной фрагментации и упрощению, отказу от более сложных теоретических конструкций (что можно, например, наблюдать в развитии DSM от одной редакции до следующей). Это приводит и к восприятию психиатрического и психотерапевтического подходов как конкурирующих, взаимоисключающих, ведет к постоянным спорам между соответствующими специалистами, обесценивающими подходы друг друга и возводящими собственный подход в ранг абсолютной панацеи.

В то же время, принцип дополнительности, введенный когда-то Н. Бором в квантовую физику для упорядочивания противоречивых картин поведения одного и того же объекта при разных условиях наблюдения и разных установках наблюдателя, мог бы нам помочь в выстраивании наиболее оптимальной модели взаимоотношений и взаимодействия между психиатрическим и психотерапевтическим подходами в клинической практике, мог бы помочь создать более ясное понимание вклада различных факторов (биологических, межличностных, внутрличностных психодинамических) в возникновение, форму проявления, поддержание психических расстройств.

Также рассмотрение психиатрического и психотерапевтического подходов как самостоятельных, относительно независимых и в то же время дополняющих друг друга моделей в соответствии с принципом дополнительности Н. Бора может способствовать развитию как психиатрии, так и психотерапии и восприятию психотерапевтической и психиатрической перспектив видения психических расстройств как равноправных и дополняющих, а не конкурирующих друг с другом.

### **Литература**

1. Бек Д. Когнитивная терапия: полное руководство. – М. : Диалектика-Вильямс, 2006. – 400 с.

2. Бор Н. Квант действия и описание природы // Избранные научные труды : в 2 т. – М. : Наука, 1971. – Т. 2. – С. 56–61.
3. Бор Н. Квантовая физика и философия // Избранные научные труды : в 2 т. – М. : Наука, 1971. – Т. 2. – С. 526–532.
4. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. – СПб. : Корвет, 2011. – 316 с.
5. Кохут Х. Анализ самости: системный подход к лечению нарциссических нарушений личности. – Москва : Когито-Центр, 2003. – 368 с.
6. Налимов В.В. Вероятностная модель языка. О соотношении искусственных и естественных языков. – М. : Наука, 1979. – 304 с.
7. Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. – М. : Когито-Центр, 2000. – 256 с.
8. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 640 с.
9. Abraham K. Notes on Psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions // Essential papers on depression / Ed. J. Coyne. – New York : New York University Press, 1986. – P. 31–47.
10. Akiskal H.S. [at. al.]. Borderline: An Adjective In Search of a Noun // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 549–568.
11. Cohen M.B., Baker G, Cohen R.A., Fromm-Reichmann F. An Intensive Study of Twelve Cases of. Manic-Depressive Psychosis // Essential papers on depression / Ed. J. Coyne. – New York : New York University Press, 1986. – P. 82–139.
12. Fournier J., DeRubeis R.J., Hollon S.D. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-level meta-analysis // The Journal of the American Medical Association. – 2010. – Vol. 303, N 1. P. 47–53
13. Grinker R., Werble S.B., Drye R.C. The Grinker study // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 320–357.
14. Gunderson J.G., Margaret T.S. Defining borderline patients: an overview // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 453–474.
15. Hoch P., Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 119–147.
16. Kernberg O. Borderline Personality Organization // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 279–320.
17. Kety S., Rosenthal D. [et al.]. The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 357–384
18. Kirsch I. The emperor new drugs: Exploding the antidepressant myth. – London : Bodley Head, 2009. – 242 p.
19. Knight R.P. Borderline states // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 159–173.

20. Kovacs M., Beck A.T. Maladaptive cognitive structures in depression // Essential papers on depression / Ed. J. Coyne. – New York : New York University Press, 1986. – P. 240–258.

21. Spitzer R., Endicott J., Gibbon M. Crossing the Border Into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia: The Development of Criteria // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 527–548.

22. Stone M.H. 1930s and 1940s // Essential papers on borderline disorders / Ed. M. H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 45–53.

23. Stone M.H. 1970s and 1980s // Essential papers on borderline disorders / Ed. M. H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 411–432.

24. Stone M.H. The Borderline Syndrome: Evolution of the Term. Genetic Aspects, and Prognosis // Essential papers on borderline disorders / Ed. M.H. Stone. – New York : New York University Press, 1986. – P. 475–498.

25. Winokur G. Controversies in Depression, or Do Clinicians Know Something After All // Essential papers on depression / Ed. J. Coyne. – New York : New York University Press, 1986. – P. 428–449.

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

Поступила 25.09.2016

**Для цитирования.** Чистяков М.С. Развитие взаимоотношений между психиатрическим (медицинским) и психотерапевтическим взглядами на психические расстройства. Общая модель или две разные (дополнительные) модели? // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 59–74.

---

**THE DEVELOPMENT OF RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHIATRIC  
AND PSYCHOTHERAPEUTIC VIEWS ON MENTAL DISORDERS.  
THE UNITED MODEL OR TWO DIFFERENT (COMPLEMENTARY) MODELS?**

**Chistyakov M.S.**

City Psychoneurological Dispensary N 7 (with inpatient department)  
(Embank. Fontanki, 132, St. Petersburg, Russia)

✉Maksim Sergeevich Chistyakov – psychotherapist, City Psychoneurological Dispensary N 7 (with inpatient department) (Embank. Fontanki, 132, St. Petersburg, 190005, Russia), e-mail: m\_chistyakov@inbox.ru.

**Abstract.** The article considers the differences between the medical psychiatric and psychotherapeutic approaches to the diagnostics and treatment of mental disorders. The development of relationship between these approaches, having been resulted in different models of interrelatedness of these approaches in different countries, is described (the united model, encompassing the psychiatric and psychotherapeutic ap-

proach and the model of two relatively independent approaches). The article put some examples to draw attention to the inconsistencies and the difficulties which are arisen from attempts of using different variants of one united model, pretending to encompass both these different approaches. It is offered to consider these approaches as the relatively independent, with each having their own internal logics, but at the same time as the complementary ones, in accordance with the principle of complementarity, formulated by physicist N. Bohr in quantum mechanics for systematization of the irreconcilable data, received in different circumstances of observation, by the observers with different attitudes.

**Keywords:** mental disorders, psychiatry, psychotherapy, united model of mental disorders, principle of complementarity.

### References

1. Bek D. Kognitivnaya terapiya: polnoe rukovodstvo [Cognitive Behavioral Therapy. Basics and Beyond]. Moskva. 2006. 400 p. (In Russ.)
2. Bor N. Kvant dejstviya i opisaniye prirody [Quantum of Action and the Description of Nature]. Izbranye nauchnye trudy: in 2 Vol. [Selected Scientific Papers]. Moskva. 1971. Vol. 2. Pp. 56–61. (In Russ.)
3. Bor N. Kvantovaya fizika i filosofiya [Quantum Physics and Philosophy]. Izbranye nauchnye trudy: in 2 Vol. [Selected Scientific Papers]. Moskva. 1971. Vol. 2. Pp. 526–532. (In Russ.)
4. B'judzhtental' D Iskusstvo psikhoterapevta [The Art of the Psychotherapist]. Sankt-Peterburg. 2011. 316 p. (In Russ.)
5. Kohut H. Analiz samosti: sistemnyj podhod k lecheniju narcissicheskikh narushenij lichnosti [The Analysis of the Self: A systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders]. Moskva. 2003. 368 p. (In Russ.)
6. Nalimov V.V. Veroyatnostnaya model' yazjka. O sootnoshenii iskusstvennyh i estestvennyh yazykov [The probability model of language. About the interrelationship of the artificial and natural languages]. Moskva. 1979. 304 p. (In Russ.)
7. Stolorou R., Brandshaft B., Atvud D., Klinicheskij psikhoanaliz. Inter-sub#ektivnyj podhod [Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach]. Moskva. 2000. 256 p. (In Russ.)
8. Yalom I. Teoriya i praktika gruppovoj psikhoterapii [The Theory and Practice of Group Therapy]. Sankt-Peterburg. 2000. 640 p. (In Russ.)
9. Abraham K. Notes on Psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. *Essential papers on depression*. Ed. J. Coyne. New-York : New York University Press. 1986. Pp. 31–47.
10. Akiskal H.S., at. al Borderline: An Adjective In Search of a Noun. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 549–568.
11. Cohen M.B., Baker G, Cohen R.A., Fromm-Reichmann F. An Intensive Study of Twelve Cases of. Manic-Depressive Psychosis. *Essential papers on depression*. Ed. J. Coyne. New-York : New York University Press. 1986. Pp. 82–139.
12. Fournier J., DeRubeis R. J., Hollon S.D. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient-level meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 2010. Vol. 303, N 1. Pp. 47–53.



13. Grinker R., Werble S.B., Drye R.C. The Grinker study. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 320–357.

14. Gunderson J.G., Margaret T.S. Defining borderline patients: an overview. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 453–474.

15. Hoch P., Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 119–147.

16. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 279–320.

17. Kety S., Rosenthal D. [et al.]. The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 357–384.

18. Kirsch I. The emperor new drugs: Exploding the antidepressant myth. London : Bodley Head. 2009. 242 p.

19. Knight R.P. Borderline states. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 159–173.

20. Kovacs M., Beck A.T. Maladaptive cognitive structures in depression. *Essential papers on depression*. Ed. J. Coyne. New York : New York University Press, 1986. Pp. 240–258.

21. Spitzer R., Endicott J., Gibbon M. Crossing the Border Into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia: The Development of Criteria. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press, 1986. Pp. 527–548.

22. Stone M.H. 1930s and 1940s. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 45–53.

23. Stone M.H. 1970s and 1980s. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M. H. Stone. New York : New York University Press, 1986. Pp. 411–432.

24. Stone M.H. The Borderline Syndrome: Evolution of the Term. Genetic Aspects, and Prognosis *Essential papers on borderline disorders*. Ed. M.H. Stone. New York : New York University Press. 1986. Pp. 475–498.

25. Winokur G. Controversies in Depression, or Do Clinicians Know Something After All *Essential papers on depression*. Ed. J. Coyne. New-York : New York University Press. 1986. Pp. 428–449.

Received 25.09.2016

**For citing.** Chistyakov M.S. Razvitie vzaimootnoshenii mezhdru psikiatricheskim (meditsinskim) i psikhoterapevticheskim vzglyadami na psikhicheskie rassstroistva. Obschchaya model' ili dve raznye (dopolnitel'nye) modeli? *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 59–74. **(In Russ.)**

Chistyakov M.S. The development of relationship between psychiatric and psychotherapeutic views on mental disorders. The united model or two different (complimentary) models? *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 59–74.

УДК 616.89

**А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома,  
С.Э. Медведев, А.В. Степанова**

## **СИСТЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Биопсихосоциальное понимание природы психических расстройств явилось теоретической основой для обоснования холистического (целостного) подхода при их диагностике и терапии и построения комплекса реабилитационных и, в частности, дестигматизирующих, мероприятий. Рассматриваются факторы влияющие на стигматизацию как в условиях семейного окружения, так и в период пребывания пациента в стационаре, указывается на ряд факторов, на которые следует обратить внимание в процессе работы по дестигматизации в рамках полипрофессиональной бригады. По мнению авторов, формат новой организационной формы реабилитации психически больных с функционированием на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара способствует сохранению комплаенса и дестигматизации пациента, а также его семьи на всех этапах лечения и реабилитации.

Ключевые слова: психиатрия, биопсихосоциальный подход, расстройства шизофренического спектра, изоморфизм, системная семейная психотерапия, идентифицированный пациент, социальная компетентность, помогающие службы.

---

✉ Коцюбинский Александр Петрович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр., С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: ak369@mail.ru;

Бутома Борис Георгиевич – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: butbor08@gmail.com;

Медведев Сергей Эрнстович – канд. мед. наук, врач-психотерапевт, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: sem2001@bk.ru;

Степанова Анна Владимировна – клинич. психолог, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: stepany\_81@mail.ru.

Биопсихосоциальное понимание природы психических расстройств явилось теоретической основой для обоснования холистического (целостного) подхода при их диагностике и терапии, а в рамках последней – для построения комплекса реабилитационных и, в частности, дестигматизирующих мероприятий.

В обществе негативное выделение психически больного (его стигматизация) начинается с момента информирования окружающих о факте установления диагноза психического расстройства индивидууму либо с изменением его способностей, внешнего облика, поведения, а также наличия «инаких» (непонятных для других) интересов.

Истоки этих реакций формируются на вполне реальной почве – психическое заболевание действительно несет в себе потенциальную опасность для общества, а общение с душевнобольным человеком зачастую обременительно и чревато неприятными неожиданностями для его окружения. Эта нагрузка, обусловленная контактом или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по механизму обратной связи отрицательно сказывается на самом пациенте. Поэтому вопросы адаптации микросоциальной среды к больному настолько же актуальны для преодоления эффектов стигматизации, как и вопросы психологической адаптации больного к реакциям социального окружения [8]. С учетом этих обстоятельств и, рассматривая психические расстройства в рамках адаптационно-компенсаторной модели их формирования [9], можно говорить и о приспособительном значении некоторых семейных «симптомов» для микросоциальной организации системы в целом.

При этом во внутрисемейном взаимодействии эта адаптация характеризуется тем, что связанный с ней обобщенный для всех членов семьи проекционный процесс ее формирования обусловлен в большей степени трансгенерационными механизмами (межпоколенческой передачей [18] и патологизирующим семейным наследованием [16]), чем индивидуальными характеристиками отдельного субъекта. Известные этологические аналогии такого рода тенденций в функционировании различных биологических видов можно считать дополнительной иллюстрацией сказанного. Так, В. Greenberg [24], наблюдая за поведением ушастых окуней, в сообществах которых существует иерархия, установил, что устранение из аквариума окуня-изгоя повышает общую агрессивность рыб друг к другу вплоть до появления в их среде новой рыбы – объекта канализации агрессии.

В разных культурах, с учетом их традиций, отношение к инакости неоднозначно. Достаточно вспомнить привилегированное положение юридических в средневековой России или позитивное отношение сибиряков к шаманам и африканцев к колдунам [4], несмотря на их явно странное или необычное поведение, которое свидетельствует об определенной дисфункциональности самой общественной системы. В то же время, наблюдаемое в этом случае ригидное распределение социальных ролей и отношений, допускающее необычное поведение отдельных ее членов, приводит к стабилизации и эффективности функционирования общественной системы в целом. Это обстоятельство лишний раз свидетельствует о том, что эффективность системы и ее стабилизация определяются прежде всего выраженностью эмоциональной реакции входящих в нее людей, что имеет важное значение как при неоправданном возвеличивании и мистификации особых свойств индивида, так и в случае стигматизации при наличии у него проявлений психических расстройств.

С учетом сказанного представляется важным то обстоятельство, что в клинической практике устранение симптомов у идентифицированного пациента (ИП) нередко влечет угрозу для гомеостаза сложившейся к тому времени семейной дисфункциональной системы. На уровне социума ассимиляция в него группы с особенными признаками стимулирует членов общества к поиску все новых и все более тонких отличий между собственными признаками и свойствами отдельных групп и субъектов.

Сопоставляя описанные процессы с системной динамикой дисфункциональной семьи, стабилизируемой наличием объекта проекции – ИП, можно отметить, что сохранение в ней гомеостаза достигается именно благодаря выраженности снижения уровня социального функционирования ИП [1].

Конкурируя между собой, референтные родственники выстраивают «вертикальные» (между представителями разных поколений) коалиции с ИП, обосновывая свою правоту выраженностью дисфункций, имеющих у пациента [2, 18, 19]. И именно «вертикальный» характер этих коалиций препятствует в данном случае функционированию и развитию целостной семейной системы [14].

«Горизонтальные» отношения в дисфункциональных семьях, в силу их опосредованности через «идентифицированного пациента», не позволяют вырабатывать долгосрочные стратегии сотрудничества членов семьи между собой. Родители лишь кратковременно объединяются для решения экстренных и сиюминутных задач.

В то же время, характер взаимоотношений, формирующихся в семье пациента, в силу «феномена изоморфизма» социальных отношений при различных уровнях социальной организации, «переносится» на все другие микросоциальные формы взаимодействия. Изоморфность, исходя из общих потребностей и задач, делает сопоставимой между собой систему семьи и систему помогающей службы [19]. С этой точки зрения сепарация пациента в процессе работы с ним помогающей службы (как успешно реабилитированного объекта заботы, стремящегося к построению собственной отдельной и функциональной жизни) аналогична психологическому его отделению от семьи. Важно подчеркнуть, что в настоящее время, когда «помогающие службы» представляют собой различного рода «полипрофессиональные бригады», характер складывающихся внутрибригадных взаимоотношений зачастую воспроизводит межпоколенческие «треугольники», наблюдаемые в семьях пациентов [13, 20, 22]. Контакт и сотрудничество между профессионалами способствует оптимизации функционирования полипрофессиональной системы.

Примеры отсутствия подобных продуктивных взаимодействий – это и критика терапевтических назначений других членов бригады, и сомнения в профессиональной компетентности друг друга, высказываемые специалистами пациенту и его семье, и «реактивное перенаправление» больного от психиатра к психотерапевту [22] вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом и его семьей, и отказ специалиста (психиатра/психотерапевта) от контакта с представителем смежной помогающей профессии с попыткой объединения всех функций в одном лице.

В силу сказанного представляется важным, чтобы усилия, направленные на дестигматизацию пациента, не ограничивались только непосредственной работой с ним, а касались также семьи, собственно членов терапевтической бригады и общества в целом.

Дестигматизация в семье – это нормализация (как техника присоединения и психологической помощи), а также оптимизация семейной системы с использованием функциональных стабилизаторов.

Дестигматизация в рамках помогающей службы – повышение квалификации членов профессиональной бригады, проведение супервизий, личной психотерапии и работы с личной семейной историей помогающих специалистов.

Дестигматизация в обществе – работа с общественностью, популяризация современных научных достижений, гуманизация и деинституционализация помогающей службы.

Психиатрическая служба организуется для помощи пациенту. Ее эффективность определяется улучшением состояния больных, проходящих лечение и реабилитацию, что способствует повышению адаптационных возможностей пациента и его возвращению в социум.

Явления стигматизации иллюстрирует исследование, проведенное в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева на 74 пациентах: из них 31 – находился в отделении с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0 по МКБ-10) и 43 – с диагнозом шизотипическое расстройство (F21 по МКБ10). Все пациенты были сопоставимы по возрастным, половым и социально-демографическим характеристикам.

В ходе проведенного исследования было обнаружено несоответствие между полученными результатами. С одной стороны, сфера внутренней картины болезни и механизмов психологической защиты характеризовалась нарушениями психологической адаптации: внутренними переживаниями относительно наличия заболевания, пассивным реагированием на болезнь, отказом от борьбы, применением психологических защит, для которых свойственны пассивность, избегание, уход в себя, стремление к «вытеснению» преобладающей эмоции – страха и информации о своем состоянии. Вместе с тем совладающее поведение (копинг) этих больных свидетельствовало об их конструктивности при выборе копинг-стратегий. Такое расхождение между неосознаваемыми (психологическая защита) и осознаваемыми (копинг) характеристиками психологической адаптации может быть объяснено в рамках известной в литературе self-теории, согласно которой имеет место склонность респондентов (при заполнении тестов совладающего поведения) давать социально желательные ответы, соглашаться с утверждениями, которые заведомо соответствуют общепризнанным нормам [17], а также боязнь пациентов быть стигматизированными со стороны членов общества и общественных институтов. Таким образом, фиксируемый при психологическом обследовании высокий уровень копинговых защитных механизмов в большей степени отражает лишь уровень социальной желательности пациентов, а не объективный характер его психологической адаптации [17].

В силу этого важным, хотя и косвенным показателем дестигматизации является успешность адаптации пациента в социуме, что во многом определяется уровнем его социальной компетентности (СК).

В психиатрии под социальной компетенцией понимается имеющаяся у индивидуума потенциальная способность к эффективному взаимодействию с социальной средой, готовность, на основании совокупности знаний, умений и способов деятельности, к разрешению теоретических и практических задач, реализации личностью жизненных планов, соотносимых с потребностями общества.

Таким образом, в широком смысле этот термин отражает соотношение субъектности и социальности личности как имманентно присущих ему характеристик в системе взаимодействия с различными агентами социума. Иными словами, социальная компетентность – это способ эффективного взаимодействия индивида с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделяют: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации [11].

В отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных был также проведен анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством. Оценивался объем освоенных социальных навыков, позволяющих пациентам адекватно выполнять нормы и правила жизни в обществе при сопоставлении со средневозрастными показателями, то есть – совокупность социальных навыков, осваиваемых большинством здоровых и адаптированных в социуме людей. С целью стандартизации и количественной оценки была избрана Шкала измерения социальной компетентности Э. Долла [23]. Оценка «социального возраста» (СВ) ИП и последующее вычисление социального коэффициента (СК или SQ), выражающего соотношение СВ с хронологическим возрастом (ХВ) пациента, определялись по формуле  $СК = СВ/ХВ \cdot 100$ . Одним из преимуществ метода в работе с семьей является экспертный характер оценки. О наличии социального навыка можно судить по материалу фактических наблюдений референтного родственника.

В исследование были включены 23 женщины и 21 мужчина в возрасте от 18 до 30 лет, участвовавшие в программе биопсихосоциальной реабилитации не менее 12 мес.

Пациенты из семей, принявших участие в психотерапевтической работе, продемонстрировали рост социальной компетентности в виде повышения социального коэффициента (SQ) более чем на 15 % через 3 мес и

более чем на 32 % через 12 мес после начала реабилитационной программы, по сравнению с исходным уровнем (таблица).

Динамика уровня социальной компетентности ИП

Начало	3 мес		12 мес	
SQ	SQ	p	SQ	p
81,6 ± 1,3	94,1 ± 1,2	< 0,001	108,1 ± 1,5	< 0,001

Рассматривая факторы, оказывающие стигматизирующее влияние на пациента в период его пребывания в отделении, следует учитывать еще один аспект, которому в отечественной литературе уделяется очень мало внимания. Как отмечают в своих исследованиях А.Н. Корнетов и соавт [5, 6], в числе факторов, способствующих невербальному поведению больного и, значит, направленных на социальный вектор эффективности проводимого лечения, существенная роль принадлежит так называемой «геометрии социального пространства», которая является производной не только доминирования индивидуума в сообществе и его иерархии, но также – особенностей и стабильности территориальных структур, в которых находится человек. Разрушение сложившихся стереотипов поведения в рамках определенных личностно-территориального взаимодействия (что возникает при переводе больного из одного отделения в другое) и необходимость для пациента создания новых интеракций между другими пациентами в условиях изменившейся пространственной иерархии могут привести к потере сформированного с ним комплайенса, ухудшению состояния пациента в результате «психологической травматизации» [12], снижению его социальной компетентности.

Создание в рамках отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных на единой территории комплекса «круглосуточный стационар – дневной стационар» способствует, как показала практика, сохранению указанных психологических конструкторов или психологической суверенности пациента, т. е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориально-экзистенциальной единицы [15], сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов [7] и, значит, успешной биопсихосоциальной реабилитации.



## Выводы

1. Биопсихосоциальный подход – теоретическая основа для построения комплекса реабилитационных и, в частности, дестигматизирующих, мероприятий.

2. В процессе работы по дестигматизации, осуществляемой в рамках «полипрофессиональной бригады», следует обратить внимание на преодоление психофобической стигмы, как и других «ловушек нейтральности» [2] у помогающих специалистов, для чего – осуществлять супервизию, личную психотерапию и обсуждение конкретных «случаев» в команде помогающих специалистов.

3. Формат новой организационной формы реабилитации психически больных с функционированием на единой территории стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара способствует сохранению комплайенса и дестигматизации пациента, а также его семьи на всех этапах лечения и реабилитации.

## Литература

1. Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Задонская О.Ю. Системные (этолого-клинико-психологические) основы реабилитации больных расстройствами шизофренического спектра // Клинич. и мед. психология : электрон. науч. журн. – 2015. – № 3 (9) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.

2. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. – М. : Когито-центр, 2009. – 182 с.

3. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я. Сторожакова Я.А. Recovery (лично-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи. // Соц. и клинич. психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 89–95.

4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) // Психосоциальная реабилитация и качество жизни : сб. науч. тр. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2001. – Т. 137. – С. 24–28.

5. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Дерягина М.А. [и др.]. Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях. – Рук. деп. в ВНИИМИ. М., 1987. № 1550-87.

6. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробков А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. – Киев : Здоровья, 1990. – 217 с.

7. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. Использование этологических принципов в психотерапии больных шизофренией // Шизофрения: новые подходы к терапии : сб. науч. работ Укр. НИИ клинич. и эксперимент. неврологии и психиатрии и Харьков. гор. клинич. психиатр. больницы № 15 / под. общ. ред. И.И. Кутько, Т.П. Петрика. – Харьков, 1995. – Т. 2. – С. 129–130.

8. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Соц. и клинич. психиатрия. – 1999. – № 3. – С. 9–14.
9. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. [и др.]. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб. : Гиппократ+, 2004. – 336 с.
10. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Волчек И.В. Персонализированная фармакотерапия эндогенных психических расстройств // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 52–59.
11. Левикова Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 21 с.
12. Леви Т.С. Динамика психологических границ в процессе личностно-развивающей работы, основанной на телесном движении // Культурно-истор. психология. – 2009. – № 1. – С. 36–41.
13. Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. Реабилитация и восстановление в отечественной психиатрии / Психотерапия и психокоррекционная работа в психиатрии : материалы науч.-практ. конф. / под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб. : Таро, 2013. – С. 9–13.
14. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии: [пер. с англ.]– М. : Класс, 1998. – 304 с.
15. Нартова-Бочавер С.К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства – 2010 // Психол. журн. – 2014. – Т. 35, № 3. – С. 105–119.
16. Системная семейная психотерапия / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 368 с.
17. Степанова А.В. Сравнительный анализ особенностей психологической защиты у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией // Учен. зап. С.-Петербург. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Т. 22, № 1. – С. 47–50.
18. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Бейкер, А. Я. Варга. – М. : Когито-Центр, 2005. – 496 с.
19. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. – СПб. : Речь, 2012. – 207 с.
20. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Класс, 2010. – 208 с.
21. Bateson G., Jackson D. D., Haley J. Towards a theory of schizophrenia // Behav. Science. – 1956. – N. 1. – P. 251–264.
22. Bowen M.A Family Concept of schizophrenia / Ed. D.D. Jackson. – N. Y. : Basic Books, 1960. – 370 p.
23. Doll E.A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale // Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers. – 2011. – P. 698.
24. Greenberg B. The relation between territory and social hierarchy in the green sunfish // Anatomical Record. – 1946. – Vol. 94. – P. 395.
25. Seikkula J., Olson M. E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // Family process. – 2003. – Vol. 42, N 3. – P. 403–418.

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

Поступила 02.11.2016

**Для цитирования.** Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Степанова А.В. Системные аспекты дестигматизации в психиатрии // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 74–86.

---

#### SYSTEM ASPECTS OF DESTIGMATIZATION IN PSYCHIATRY

**Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Medvedev S.E, Stepanova A.V.**

St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
(Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia)

✉ Aleksandr Petrovich Kotsyubinsky – Dr. Med. Sci.; Prof., Principal Research Associate, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: ak369@mail.ru;

Boris Georgievich Butoma – Dr. Med. Sci., Leading Research Associate, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: butbor08@gmail.com;

Sergeyi Ehrnstovich Medvedev – PhD. Med. Sci. psychotherapist, St. Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: sem2001@bk.ru

Anna Vladimirovna Stepanova – Clinical medicine psychologist, Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail:stepany\_81@mail.ru.

**Abstract.** The biopsychosocial understanding of the nature of mental disorders was a theoretical basis for a substantiation of holistic (complete) approach at their diagnostics and therapy, and constructions of a complex of rehabilitation and, in particular, dестigmatization interventions. The factors which are influencing on stigmatization both in patient's family and during the period of hospitalization are considered in this article, it is underlined a number of factors on which it is necessary to pay attention during the work of multiprofessional team for dестigmatization. In authors' opinion the format of the new organizational form of rehabilitation mentally ill patients with functioning in uniform territory of stationary branch (with the open doors) and a day time hospital promotes the patient's compliance preservation and dестigmatization, and also its family at all stages of treatment and rehabilitation.

**Keywords:** psychiatry, biopsychosocial approach, schizophrenia spectrum disorders, isomorphism, system family psychotherapy, identified patient, social competence, care services.

## References

1. Butoma B.G., Medvedev S.Je., Zadonskaja O.Ju. Sistemnye (jetologo-kliniko-psihologicheskie) osnovy rehabilitacii bol'nyh rasstrojstvami shizofrenicheskogo spectra [System (ethologo-clinical-psychological) bases of rehabilitation of the patient with schizophrenic spectrum disorders]. *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovanija, obuchenie, praktika* [Clinical and medicine psychology: researches, education, practice] : Electronic Journal. 2015. N 3. URL: <http://medpsy.ru/climp>. (In Russ.)
2. Varga A.Ja. Vvedenie v sistemnuju semejnuju psihoterapiju [The introduction to systematic family psychotherapy]. Moskva. 2009. 182 p.
3. Gurovich I.Ja., Shashkova N.G., Visnevskaja L.Ja. Storozhakova Ja.A. Recovery (lichnostno-social'noe vosstanovlenie) pri shizofrenii: obsuzhdenie problemy i perspektiv modeli potrebitelej psihiatricheskoi pomoshhi [The recovery model of psychiatric care users with schizophrenia (personal and social empowerment):discussion of the concept and its perspectives]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 2. Pp. 89–95. (In Russ.)
4. Kabanov M.M. Rehabilitacija psihicheski bol'nyh – povyszenie kachestva ih zhizni (teoretiko-metodologicheskie aspekty) [Rehabilitation of mentally ill – the improvement the quality of life (Theoretical and methodical aspects)]. *Psihosocial'naja rehabilitacija i kachestvo zhizni* [Psychosocial rehabilitation and quality of life] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2001. Vol. 137. Pp. 24–28. (In Russ.)
5. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Derjagina M.A.[et al.]. Osnovy analiza povedenija cheloveka v norme i pri psihicheskikh zabolevanijah [The bases of the analysis of behaviour of the person in norm and at mental illness]. Moskva. 1987. Deposited the manuscript VNIIMI, N 1550-87. (In Russ.)
6. Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Korobkov A.A., Kornetov N.A. Jetologija v psihiatrii [Ethology in psychiatry]. Kiev. 1990. 217 p. (In Russ.)
7. Kotsyubinsky A.P., Shejnina N.S., Butoma B.G. Ispolzovanie jetologicheskikh principov v psihoterapii bol'nyh shizofreniej [Application of ethological principles in psychotherapy in patients with schizophrenia]. *Shizofrenija: novye podhody k terapii* [Schizophrenia: new approaches to therapy]. Eds.: I.I. Kut'ko, T.P. Petrik : Scientific. Conf. Proceedings. Har'kov. 1995. Vol. 2. Pp. 129–130. (In Russ.)
8. Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Zajcev V.V. Stigmatizacija i destigmatizacija pri psihicheskikh zabolevanijah [Stigmatization and destigmatization in mental disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1999. N 3. Pp. 9–14. (In Russ.)
9. Kotsyubinsky A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. [et al.]. Shizofrenija: ujazvimosť – diatez – stress – zabolevanie [Schizophrenia– vulnerability– diathesis – stress–disease]. Sankt-Peterburg. 2004. 336 p. (In Russ.)
10. Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Erichev A.N., Volchek I.V. Personalizirovannaja farmakoterapija jendogennyh psihicheskikh rasstrojstv [Personalized pharmacotherapy of endogenic mental disorders]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 3. Pp. 52–59. (In Russ.)
11. Levikova E.V. Social'naja kompetentnost' podrostkov, bol'nyh shizofreniej [Social competence in adolescents with schizophrenia] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2011. 21 p. (In Russ.)

12. Levi T.S. Dinamika psihologičeskijh granic v processe ličnostno-razvivajushhej raboty, osnovannoj na telesnom dvizhenii [The dynamics of psychological borders in the process of personality-development work based on the bodily movement]. *Kul'turno-istoričeskaja psihologija* [Cultural-Historical Psychology]. 2009. N 1. Pp. 36–41. (In Russ.)

13. Medvedev S.Je., Kocjubinskij A.P. Reabilitacija i vosstanovlenie v otečestvennoj psihiatrii [Rehabilitation and recovery in domestic psychiatry]. *Psihoterapija i psihokorrekcionnaja rabota v psihiatrii* [Psychotherapy and psychocorrectional work in psychiatry]. Eds.: O.V. Limankin, S.M. Babin : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2013. Pp. 9–13. (In Russ.)

14. Minuchin S., Fishman H.Ch. Tehniki semejnoj terapii [Family therapy techniques]. Moskva. 1998. 304 p. (In Russ.)

15. Nartova-Bochaver S.K. Novaja versija oprosnika "Suverenost' psihologičeskogo prostranstva – 2010" [The revised version of "The personal sovereignty questionnaire – 2010"]. *Psihologičeskij žurnal* [Psychological Journal]. 2014. Vol. 35, N 3. Pp. 105–119. (In Russ.)

16. Sistemnaja semejnaja psihoterapija [System family psychotherapy]. Ed. Je.G. Jejdemiller. Sankt-Peterburg. 2002. 368 p. (In Russ.)

17. Stepanova A.V. Sravnitel'nyj analiz osobennostej psihologičeskoj zashhity u bol'nyh shizotipičeskim rasstrojstvom i paranoidnoj shizofreniej [Comparative analysis of psychological adaptation in patients with paranoid scyzoprenia and schizotypal disorders]. *Učenyje zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University. Record of IPP-SPSMU]. 2015. Vol. 22, N 1. Pp. 47–50. (In Russ.)

18. Teorija semejnyh sistem Mjurreja Boujena: osnovnye ponjatija, metody i kliničeskaja praktika [The theory of family systems by Murray Bowen: the basic concepts, methods and a clinical practice]. Eds.: K. Bejker, A.Ja. Varga. Moskva. 2005. 496 p. (In Russ.)

19. Jejdemiller Je.G., Medvedev S.Je. Analitiko-sistemnaja semejnaja psihoterapija pri shizofrenii [Analytic-system family psychotherapy in schizoprenia]. Sankt-Peterburg. 2012. 207 p. (In Russ.)

20. Chernikov A.V. Sistemnaja semejnaja terapija: integrativnaja model' diagnostiki [System family therapy: integrative model of diagnostic]. Moskva. 2010. 208 p. (In Russ.)

21. Bateson G., Jackson D. D., Haley J. Towards a theory of schizoprenia. *Behav. Science*. 1956. N. 1. Pp. 251–264.

22. Bowen M.A Family Concept of schizoprenia. Ed. D.D. Jackson. N.Y. : Basic Books. 1960. 370 p.

23. Doll E.A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale. *Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers*. 2011. P. 698.

24. Greenberg B. The relation between territory and social hierarchy in the green sunfish. *Anatomical Record*. 1946. Vol. 94. P. 395.

25. Seikkula J., Olson M. E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family process*. 2003. Vol. 42, N 3. Pp. 403–418.

Received 02.11.2016

**For citing.** Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Medvedev S.E., Stepanova A.V. Sistemnye aspekty destigmatizatsii v psihiatrii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 74–86. **(In Russ.)**

Kotsyubinsky A.P., Butoma B.G., Medvedev S.E., Stepanova A.V. System aspects of destigmatization in psychiatry. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 74–86.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 316.624

А.Н. Алехин, Я.М. Басангова

## ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ И НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

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

Представлены результаты исследования формирующихся отношений личности современных подростков и подростков прежнего поколения. Использовался контент-анализ рассказов на стимульный материал тематического апперцептивного теста, специально подобранного для подростков и молодежи (ТАТ-М). По совокупности рассказов ( $n = 112$ ) выявили типовые темы сюжетов: 1) собственного «Я»; 2) социальных отношений и доминирования; 3) отношений с противоположным полом. Сравнивались результаты анализа рассказов 13 современных подростков 14–17 лет (1998–2000 года рождения, 66 рассказов), собранных в 2015 г., и рассказов 10 подростков прежнего поколения 15–16 лет (1993–1994 года рождения, 46 рассказов), составленных в 2009 г. Из 13 современных подростков 7 подростков были с нарушениями поведения – они составили экспериментальную группу (был проанализирован 31 рассказ); контрольную группу составили их сверстники без нарушений поведения – 6 подростков (35 рассказов). При анализе рассказов подростков, принадлежащих к разным поколениям, был использован контент-анализ. В анализе рассказов подростков с нарушениями поведения для сравнения различий долей выборок по показателям (темам) использовался критерий Фишера. Установлено, что обследованные подростки существенно различаются в своей апперцептивной продукции: современные подростки отличаются от подростков прежнего ближайшего поколения эгоцентрической установкой в системе отношений личности, не экстраполируют свои представления во временную перспективу, фиксированы на гедонистических переживаниях, предъявляют бедные по содержанию и языковому оформлению продукты апперцепции. Выявленные особенности более отчетливо проявляются в рассказах подростков с нарушениями поведения.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социальная психология, проективный тематический тест, личность, формирование личности, подростки, система отношений, нарушения поведения.

---

✉ Алехин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: termez59@mail.ru;

Басангова Яна Мингияновна – лаборант лаборатории «Психология здоровья» Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: basangogva@mail.ru.

## Введение

В соответствии с принципами культурно-исторической психологии, психическое развитие человека есть результат интериоризации средств культуры [4] и формирование личности современного человека осуществляется в иной, нежели прежде, культуре. Современное общество коренным образом отличается и от общества, в котором формировались актуальные ныне психологические представления. Трансформация системы общественных отношений, сопутствующая и оформляющая экономические преобразования, повсеместное внедрение мультимедийных средств и электронных коммуникативных технологий, модернизация системы образования – все это не может не сказаться на процессах развития психики и формирования личности современного человека. Следовательно, требуют переосмысления некоторые традиционные положения психологии развития: от процессов формирования познавательных функций до процессов формирования личности. На кафедре клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена проводятся исследования, посвященные анализу особенностей поведения современного человека в сравнении с поведением человека прежних поколений [2, 3, 9, 11] в различных аспектах (когнитивном, личностном, половом).

Девиации поведения в подростковом возрасте – один из таких феноменов. Е.В. Змановская определяет девиантное поведение как такое поведение, которое отклоняется от общепринятых социальных норм, характеризуется устойчивостью, «причиняет ущерб обществу или самой личности, а также сопровождается социальной дезадаптацией» [7].

Считается, что сопутствующие глобальным трансформациям общественной жизни изменения института семьи способствуют появлению нарушений поведения у подростков [1, 12]. Однако исследователи этого феномена представляют его в качестве нормативного адаптационного поведения, отражающего формы социальной адаптации в переменной социальной среде [5]. Установлено, что алкоголизация, употребление психоактивных веществ, рискованное сексуальное и агрессивное поведение становятся предрасполагающими факторами формирования расстройств личности, «краевых психопатий» [8]. Таким образом, психологическая коррекция неадаптивных форм поведения современных подростков является актуальной задачей клинической психологии и предполагает научное обоснование направлений и содержания психологической коррекции девиантного поведения в современных условиях.



В соответствии с теоретическими положениями клинической психологии [10], личность представляет собой систему психологических отношений человека, формирующуюся в процессе онтогенеза. Именно психологические отношения личности в своих когнитивных, аффективных и мотивационных аспектах определяют ценности, идеалы и мотивы социального поведения человека.

*Цель исследования* – анализ формирующихся отношений личности подростков для обоснования психологической коррекции нарушений поведения у них.

### **Материал и методы**

Для проведения исследования использовался подход, предложенный В.И. Евдокимовым [6], который сконструировал и стандартизировал «Проективный авиационный тест, ПАТ» для оценки профессионально важных качеств курсантов летного училища. Автором в результате проведенных исследований было доказано, в частности, что «ПАТ с достаточной степенью надежности измеряет изучаемые профессиональные характеристики личности» и «установленные коэффициенты надежности согласуются с результатами определения надежности тематических апперцепционных тестов» [6, с. 146].

Сюжеты стимульного материала традиционного Тематического апперцептивного теста (ТАТ), созданного во второй половине 1930-х годов Генри Мюрреем и Кристианой Морган [14], представляются актуальными по своей структуре для оценки психологических отношений личности. Однако их содержательное исполнение устарело, и использование классического стимульного материала в современных условиях, как нам представляется, противоречит основополагающим принципам проективной психодиагностики. Поэтому, ориентируясь на структуру сюжетов стимульного материала классического ТАТ, мы отбирали картинки, пользующиеся популярностью в подростковой среде из медийных ресурсов.

В результате предварительного тестирования разнообразного стимульного материала были отобраны картинки, наиболее адекватные целям исследования и составившие стимульный материал модифицированного тематического апперцептивного теста (ТАТ-М). Он содержит 13 сюжетных картинок на темы отношений, актуальных в подростковом возрасте: 7 картинок – общие для девочек и мальчиков (mf), 3 – для мальчиков (m), 3 – для девочек (f). Картинки были подобраны таким образом, чтобы стимулировать рассказы об отношениях в семье, об отношениях со сверстниками, отношениях со старшими и содержали следующие сюжеты:

1. На переднем плане девочка сидит на диване, на заднем плане мужчина, женщина и маленький ребенок (1mf);
2. На переднем плане девушка, потупившись, смотрит вниз, рядом взрослый мужчина что-то указывает ей (2f);
3. На переднем плане мальчик смотрит вдаль, на заднем плане взрослая женщина (2m);
4. Темный силуэт на фоне освещенного окна (3mf);
5. На переднем плане девочка, потупившись, смотрит вниз, на заднем плане взрослая женщина обращается к ней (4f);
6. Взрослый мужчина обнимает юношу (4m);
7. Девочка сидит на кровати, задумавшись (5mf);
8. На переднем плане юноша, сидя на кровати: за ним лежит девушка, обхватив голову руками (6mf);
9. Трое юношей что-то оживленно обсуждают (7m);
10. Девушка, прикрывая губы ладонью, что-то говорит другой девушке (7f);
11. На темном фоне фигура под фонарем (8mf);
12. Абстрактная фигура поднимается по спирали лабиринта (9mf);
13. Белая карточка (10mf).

В основе подбора этих сюжетов лежало предположение о том, что ситуации, воплощенные в содержании тестовых картинок, будут актуализировать у рассказчика такие психологические переживания, которые обладают определенным значением для него.

Обследуемым подросткам предлагали инструкцию: «Это тест на воображение. По каждой картинке составьте рассказ. Опишите: 1) Что привело к событиям, изображенным на картинке? 2) Что происходит в воображаемый момент? Кто эти люди? О чем они думают, разговаривают? 3) Каков исход ситуации? Не задумывайтесь над правильностью или неправильностью ответа. Каждый ответ вполне правильный. На описание одной картинке Вам отводится 5–7 мин, обдумайте рассказ 1–2 мин, а затем запишите. Не забудьте поставить номер картинки».

В качестве общей теоретической схемы интерпретации рассказов ТАТ-М принимали представление о том, что каждый рассказ может рассматриваться как модель деятельности [14]. Оценивали психологические особенности героев рассказов, которые, как предполагалось, в наибольшей степени подобны испытуемому – разделяют его цели, мысли, чувства. При анализе и интерпретации материала обследования установили ведущие темы рассказов, которые можно было систематизировать следующим обра-

зом: «тема отношения с собой», «тема отношения с другими» и «тема отношений с противоположным полом».

Проанализировали протоколы исследования 10 подростков прежнего поколения 1993–1994 гг. рождения (46 рассказов), которые составили 1-ю группу. Эти протоколы представляли собой результаты обследований подростков, проводимых студентами кафедры в 2009 г. в рамках практических заданий по клинической психологии. В качестве стимульного материала тогда использовался ТАТ Г. Мюррея.

Дополнительно в 2015 г. обследовали 13 современных подростков 1998–2000 гг. рождения (2-я группа) и проанализировали 66 их рассказов. В качестве стимульного материала применили разработанный авторами ТАТ-М. При анализе рассказов подростков, представляющих разные поколения, был использован контент-анализ.

У 7 из 13 подростков нынешнего поколения эксперты констатировали девиантное поведение, и они составили экспериментальную группу (ЭГ). Был проанализирован 31 рассказ. Контрольную группу (КГ) составили их сверстники – 6 подростков (35 рассказов) – учащиеся гимназий и военных учебных заведений, поведение которых не вызывало нареканий.

Контент-анализ рассказов включал в себя оценку содержательности историй (тип изложения: описательный, констатирующий; употребление выразительных средств языка) и оценку частот актуализации в рассказах тем, так или иначе отражающих психологические отношения личности. По совокупности рассказов ( $n = 112$ ) типовые темы сюжетов представлены так:

- 1) тема собственного «Я» и отношения к себе;
- 2) тема отношений с другими и доминирования;
- 3) тема любви и отношений с противоположным полом.

При анализе рассказов подростков рассчитывали частоты актуализации указанных тем, а для сравнения различий долей выборки рассказов, где доминировала та или иная тема, использовали критерий Фишера [13].

### **Результаты и их анализ**

В результате проведенных исследований установлено, что обследованные подростки разных групп существенно отличаются в своих реакциях на стимульный материал ТАТ-М. Как видно из таблицы, современные подростки (2-я группа) гораздо реже, чем их сверстники из прежнего поколения (1-я группа), разворачивают целостный рассказ при предъявлении стимульного материала и практически не используют выразительные сред-

ства языка, в то время как во всех рассказах подростков прежнего поколения они присутствуют ( $p < 0,001$ ).

Контент-анализ рассказов групп подростков, %

Показатель	Группа (число рассказов)				p <
	1-я (46)	2-я (66)	ЭГ (31)	КГ (35)	
Констатирующий тип изложения	0,0	30,8	42,9	16,7	1/2 0,001; ЭГ/КГ 0,05
Описательный тип изложения	100,0	69,2	57,1	83,3	1/2 0,001; ЭГ/КГ 0,05
Использование выразительных средств языка	100,0	38,5	28,6	50,0	1/2 0,001
Тема сюжета:					
собственное «Я»	18,9	32,0	76,9	23,1	ЭГ/КГ 0,001
социальные отношения и доминирование	37,7	49,0	57,5	42,5	
отношения с противоположным полом	43,4	19,0	62,5	37,5	1/2 0,01; ЭГ/КГ 0,05

Особенно характерно это для современных подростков с нарушениями поведения. В большинстве своем они ограничиваются описанием и констатацией ситуации, не развивая, даже при поощрении исследователем, свой рассказ в соответствии с инструкцией. Подростки КГ в основном демонстрировали описательный и интерпретативный стиль изложения ( $p < 0,05$ ). На уровне тенденций они чаще употребляли и выразительные средства языка при составлении своих рассказов, что было не характерно для рассказов подростков ЭГ (см. таблицу).

По результатам анализа рассказов подростков, принадлежащих к разным поколениям, выявлено следующее. В рассказах современных подростков на уровне тенденций наиболее часто актуализируются темы социальных отношений и доминирования, в то время в рассказах подростков прежнего поколения наиболее распространенной явилась тема отношений с противоположным полом, которая оказалась неактуальной для современных подростков ( $p < 0,01$ ). Тема собственного «Я», редко актуализируемая в рассказах подростков прежнего поколения, напротив, оказалась частой в рассказах современных подростков.

Характерно, что тема «отношения к себе», «собственного Я» значительно чаще актуализируются в рассказах подростков ЭГ, чем в рассказах подростков КГ ( $p < 0,001$ ). Для подростков КГ такой темой было «отношение к другим», которая развивалась в интерпретациях социальных отношений персонажей сюжетов; в рассказах подростков экспериментальной

группы такая тема звучала гораздо реже. То же отмечается в теме «отношение к противоположному полу», она оказалось наименее частой в рассказах ЭГ в сравнении с рассказами подростков КГ ( $p < 0,05$ ).

Описывая воображаемое развитие ситуации, подростки ЭГ нередко прибегают к агрессивным высказываниям, не смущаясь возможными последствиями. В их рассказах доминировало «плохое будущее»: исключение из школы, преступления, заключение под стражу («посадят его»; «дадут условку»; «выгонят из школы»; «ввяжется в криминальный бизнес»; «будет должен много денег и его убьют за это»; «за ним приедет отделение милиции»; «украл магнитола»; «убийства детей, обычные убийства, кражи в особо крупных размерах»).

Подростки КГ по-другому, нежели подростки ЭГ, проговаривают свои тревоги, связывая их с ухудшением самочувствия, болезнью («ему будет плохо»; «настроение будет хуже и хуже»; «появятся всякие нервные нарушения, плохо кончится»). Они реже упоминают алкоголь или психоактивные средства в своих рассказах. В рассказах ЭГ использование их упоминается значительно чаще («парниша наркоман какой-то»; «есть всякие курительные смеси, которые не считаются наркотиками, а есть героин какой-нибудь... я ни разу не кололся, только курил и нюхал... ну чтоб на футболе отдышки не было»; «она кололась просто... и теперь у нее голова болит»; «сигареты у него кончились, поэтому он смотрит вдаль, где бы деньги на наркотики и сигареты достать»).

В случае отождествления себя с персонажем стимульной ситуации подростки ЭГ чаще проявляют экстрапунитивный тип реакции на фрустрацию («я не позволю такого»; «на мягкое я неспособен, только на твердое и жесткое»; «обидели ее, вот она и начала показывать себя не с той стороны, она начала грубить, я бы тоже так...»; «я бы тоже вызвал полицию, но если бы это были мои друзья, то я не вызывал бы... как бы своих подставлять – это последнее дело, конечно»; «ладно, если бы делать хоть это так, чтобы никто не узнал, я бы пошел куда-нибудь в лес там, с друзьями»).

Тема отношений с противоположным полом в рассказах подростков ЭГ редко озвучивается в романтическом контексте, эти отношения, судя по рассказам, не обладают той значимостью, которая была характерна для подростков прежнего поколения: «будет переживать, когда расстанутся, но пройдет время, и она встретит другого»; «они только познакомились на вечеринке и поехали к нему домой»; «он больше не захочет жить, но потом придет она и скажет ему, что та история была придумана для ревности»; «она хотела хорошую фигуру, чтобы ему понравиться».

В рассказах подростков прежнего поколения чаще звучат мотивы недостижимости взаимности, препятствий: «они не смогут быть вместе: принадлежат к разным социальным слоям»; «он уйдет, она еще долго будет страдать»; «они из разных миров, она молода для него»; «она больше не хотела быть для него обузой, ее болезнь отмерила ей слишком мало времени»; «сейчас она боится поверить, что он не вернется с войны, а лет через 10 встретит достойного мужчину, с которым встретит старость, но не будет его любить». Подростки нынешнего поколения чаще рассматривают отношения с противоположным полом как возможность обретения социального статуса – мальчики или разрешения бытовых трудностей и конфликтов в родительской семье – девочки. Указанные мотивы более отчетливо фиксируются в рассказах подростков с нарушениями поведения.

### **Заключение**

Современная социокультурная ситуация формирования личности человека существенно отличается от той, в которой осуществлялось психическое развитие и формирование личности человека прежних поколений. Это делает актуальным сравнительный анализ различных аспектов психического развития и формирования личности в прежних и нынешних условиях, так как многие психологические феномены, такие, например, как содержание болезненных переживаний при психических расстройствах, особенности психического развития детей в условиях агрессивной информационной среды, девиации поведения в подростковом и юношеском возрасте, имеют очевидную связь с культурой.

В настоящем исследовании с помощью анализа рассказов подростков на стимульный материал специально разработанного тематического апперцепционного теста (ТАТ-М) установлено, что в формирующихся отношениях личности современных подростков доминирует эгоцентризм. Они не содержат временной перспективы, в них преобладают гедонистические установки. Современные подростки придают иное значение отношениям с противоположным полом, эти отношения не романтизируются, носят сугубо прагматический характер.

С учетом отмеченного уже эгоцентризма современных подростков, их фиксации на гедонистических переживаниях девиации поведения у современных подростков представляются такой формой социальной адаптации, которая затрудняет формирование личности в направлении эффективной социализации. В системе отношений личности отношение к себе является системообразующим, и это отношение формируется в отношениях со

значимыми другими. Как показало исследование, отношения с самим собой наиболее часто актуализируются в рассказах современных подростков. Эгоцентризм, гедонистическая мотивация, девальвация отношений с противоположным полом способствуют тому, что социальное поведение современного подростка представляется перманентным поиском референтной группы, где такое поведение не порицается и не встречает препятствий. Однако такая свобода выбора лишь облегчает формирование неадаптивных форм социального поведения и не предполагает разработки отношения к себе. В психологической коррекции нарушений поведения в подростковом возрасте именно отношения к себе являются предметом проблематизации и формирования.

### Литература

1. Абраменкова В.В. Подростковая субкультура как пространство самореализации // Мир психологии. – 2008. – № 1. – С. 175–189.
2. Алехин А.Н., Королева Н.Н., Осташева Е.И. Особенности формирования личности в условиях современной образовательной среды // Ресурсы развития социально-профессиональной траектории учащейся молодежи: вызовы XXI: всерос. науч.-практ. конф. / под общ. ред. Т.А. Антопольской ; Курск. гос. ун-т. – Курск : Планета<sup>+</sup>, 2015. – С. 283–287.
3. Алехин А.Н., Королева Н.Н., Осташева Е.И. Представления о профессиональной самореализации у подростков с просоциальным и саморазрушающим поведением // Системогенез учебной и профессиональной деятельности: материалы VII междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Ю.П. Поваренкова. – Ярославль : Литера, 2015. – С. 291–293.
4. Выготский Л.С. Психология. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с.
5. Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М. [и др.]. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность : учеб.-науч. изд. – СПб. : Мед. пресса, 2001. – 200 с.
6. Евдокимов В.И. Проективный авиационный тест в профессиональной психодиагностике // Вопр. психологии. – 1987. – № 2. – С. 142–146.
7. Змановская Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособие. – 2-е изд., испр. – М. : Академия, 2004. – 288 с.
8. Кербинов О.В. Избранные труды. – М. : Медицина, 1971. – 534 с.
9. Литвиненко О.А. Онтогенетические предпосылки особенностей бреда при эндогенном психозе // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 104–114.
10. Мясищев В.Н. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – С. 238–246.
11. Осташева Е.И. Социокультурные особенности отношения современной молодежи к профессиональной самореализации // Системогенез учебной и профессиональной деятельности: материалы VII междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Ю.П. Поваренкова. Ярославль : Литера, 2015. – С. 252–254.
12. Свиницкая Т.А. Профилактика девиантного поведения подростков в социальной работе // Молодой ученый. – 2015. – № 11. – С. 1224–1226.

13. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2003. – 350 с.

14. Соколова Е.Т. Психологическое исследование личности: проективные методики. – М. : ТЕИС, 2002. – 150 с.

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

Поступила 20.11.2016

**Для цитирования.** Алехин А.Н., Басангова Я.М. Формирование личности и нарушения поведения у современных подростков // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 87–98.

---

## FORMATION OF THE PERSON AND BEHAVIORAL DISORDERS OF MODERN TEENAGERS

**Alekhin A.N., Basangova Ya.M.**

The Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Moika Embankment, 48, St. Petersburg, Russia)

✉ Anatoly Nikolaevich Alekhin – Dr. Med. Sci. Prof., The Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika Embankment, 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: [termez59@mail.ru](mailto:termez59@mail.ru);

Yana Mingiyantovna Basangova – assistant of laboratory «Health Psychology», The Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika Embankment, 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: [basangogva@mail.ru](mailto:basangogva@mail.ru).

**Abstract.** The results of the study of emerging personality relations of modern teenagers and of the previous generation teenagers are represented. We used content analysis of stories on stimulus material of Thematic Apperception Test, that was specially selected for adolescents and youth (TAT-M). On set of stories (n = 112) identified typical themes of the stories: 1) The theme of their own "I"; 2) The theme of relations with others; 3) The theme of relations with the opposite sex. We compared the results of the analysis of the stories of 13 modern teens 14–17 years (1998–2000 year of birth, 66 stories) – collected in 2015 г. – and stories of 10 teenagers 15–16 years who were born in 1993–1994 – the previous generation (46 stories) – collected in 2009 г. Separately were analyzed stories of modern teenagers: the experimental group consisted of 7 teenagers aged 14–17 with conduct disorders (was analyzed 31 story); control group – teens of the same age without conduct disorders – 6 children (35 stories). In the analysis of the stories of adolescents belonging to different generations, was used content analysis. In the analysis of the stories of adolescents with behavioral disorders in order to compare differences in terms of proportion of samples (topics) Fisher's criterion was used. It was found that the surveyed adolescents significantly differ in their apperception products: modern teenagers differ from teens of previous generation by their egocentric installation in system of relations of an individual, they



do not extrapolate their ideas to a temporary term, they are fixed on hedonic emotional experience, they perform/represent apperception products that are poor both in content and language. These peculiarities are manifested more clearly in the stories of teenagers with behavior disorders.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, social psychology, projective test theme, personality, personal development, teenagers, relations system, behavioral disorders.

## References

1. Abramenkova V.V. Podrostkovaya subkul'tura kak prostranstvo samorealizatsii [Teen subculture as a space for self-realization]. *Mir psikhologii* [World of psychology]. 2008. N 1. Pp. 175–189. (In Russ.)
2. Alekhin A.N., Koroleva N.N., Ostasheva E.I. Osobennosti formirovaniya lichnosti v usloviyakh sovremennoi obrazovatel'noi sredy [Especially the formation of personality in today's educational environment]. *Resursy razvitiya sotsial'no-professional'noi traektorii uchastseysya molodezhi: vyzovy XXI* [The resources of the social and professional path of students: Challenges of the XXI]. Ed. T.A. Antopol'skaya : Scientific. Conf. Proceedings. Kursk. 2015. Pp. 283–287. (In Russ.)
3. Alekhin A.N., Koroleva N.N., Ostasheva E.I. Predstavleniya o professional'noi samorealizatsii u podrostkov s prosotsial'nym i samorazrushayushchim povedeniem [The concept of professional self-realization of teenagers with prosocial and self-destructive behavior]. *Sistemogenez uchebnoi i professional'noi deyatel'nosti* [Systemogenesis of educational and professional work]. Ed. Yu.P. Povarenkov : Scientific. Conf. Proceedings. Yaroslavl'. 2015. Pp. 291–293. (In Russ.)
4. Vygotskii L.S. Psikhologiya [Psychology]. Moskva. 2000. 1008 p. (In Russ.)
5. Gilinskii Ya., Gurvich I., Rusakova M. [et al.]. Deviantnost' podrostkov: teoriya, metodologiya, empiricheskaya real'nost' [Deviance teens: Theory, methodology, empirical reality]. Sankt-Peterburg. 2001. 200 p. (In Russ.)
6. Evdokimov V.I. Proektivnyy aviatsionnyy test v professional'noy psikhodiagnostike [Projective aviation test in professional psychodiagnostics]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1987. N 2. Pp. 142–146. (In Russ.)
7. Zmanovskaya E.V. Deviantologiya: psikhologiya otklonyayushchegosya povedeniya [Deviantology (psychology of deviant behavior)]. Moskva. 2004. 288 p. (In Russ.)
8. Kerbikov O.V. Izbrannye trudy [Selected works]. Moskva. 1971. 534 p. (In Russ.)
9. Litvinenko O.A. Ontogeneticheskie predposylki osobennosti bredda pri endogenom psikhoze [Developmental background features of delirium in endogenous psychosis]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. Pp. 104–114. (In Russ.)
10. Myasishchev V.N. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2000. Pp. 238–246. (In Russ.)
11. Ostasheva E.I. Sotsiokul'turnye osobennosti otnosheniya sovremennoi molodezhi k professional'noi samorealizatsii [Sociocultural features of the relation of today's youth to the professional fulfillment]. *Sistemogenez uchebnoi i professional'noi deyatel'nosti* [Systemogenesis of educational and professional work]. Ed. Yu.P. Povarenkov : Scientific. Conf. Proceedings. Yaroslavl'. 2015. Pp. 252–254. (In Russ.)
12. Svintsitskaya T.A. Profilaktika deviantnogo povedeniya podrostkov v sotsial'noi rabote [Prevention of deviant behavior of teenagers in social work]. *Molodoi uchenyi* [Young scientist]. 2015. N 11. Pp. 1224–1226. (In Russ.)

13. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii* [The methods of mathematical processing in psychology]. Sankt-Peterburg. 2003. 350 p. (In Russ.)

14. Sokolova E.T. *Psikhologicheskoe issledovanie lichnosti: proektivnye metodiki* [A psychological study of personality: projective techniques]. Moskva. 2002. 150 p. (In Russ.)

Received 20.11.2016

**For citing.** Alekhin A.N., Basangova Ya.M. *Formirovanie lichnosti i narusheniya povedeniya u sovremennykh podrostkov. Vestnik psikhoterapii.* 2016. N 60. Pp. 87–98. (In Russ.)

Alekhin A.N., Basangova Ya.M. *Formation of the person and behavioral disorders of modern teenagers. The Bulletin of Psychotherapy.* 2016. N 60. Pp. 87–98.

УДК 159.9 : 616.89-053.5

**Д.В. Березкин**

## **ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

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

Детский психоневрологический санаторий «Комарово»  
(Россия, Санкт-Петербург, пос. Комарово, ул. Социалистическая, д. 2/8, лит. А)

Исследованы особенности динамики функциональных показателей центральной нервной системы, памяти и внимания в процессе прохождения реабилитационного лечения детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза. Мальчиков было 42 (72 %), девочек – 16 (28 %). Возраст детей составил 8–12 лет. Используются экспериментальные методы оценки различных показателей времени реакции, памяти и внимания. Установлено, что у детей вне зависимости от клинических различий наблюдается положительная динамика показателей времени реакции выбора, схожие перестройки процессов запоминания. При этом улучшение внимания отмечалось только у детей с доминирующими церебростеническими нарушениями. На основании полученных ре-

---

✉ Березкин Дмитрий Владимирович – аспирант, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48); детский психолог, Детский психоневрол. санаторий «Комарово» (Россия, 197733, Санкт-Петербург, пос. Комарово, ул. Социалистическая, д. 2/8, лит. А), e-mail: berezkin.dm@yandex.ru.

зультатов сформулированы рекомендации по психологическому сопровождению детей с неврозоподобными расстройствами.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, нейропсихология, дети, органическое непсихотическое расстройство, неврозоподобное расстройство, центральная нервная система, память, внимание, время реакции, возбуждение и торможение нервных процессов.

### **Введение**

Органические непсихотические расстройства в детском возрасте имеют достаточно широкое распространение. В литературе отмечается, что они обнаруживаются приблизительно у 20 % от общего количества детей, обращающихся за психиатрической помощью. Из них астено-невротические нарушения встречаются в 30–65 %, а психопатоподобные – от 10 до 25 % случаев [11].

На фоне этих нарушений существенно ухудшается прогноз адаптации ребенка в школе, что связано со снижением способностей к обучению, нарушениями мелкой моторики, отклонениями эмоционального развития. Сами по себе нарушения развития детей младшего школьного возраста, как правило, отмечаются на фоне последствий родовых травм, перинатальных поражений головного мозга, черепно-мозговых травм, нейроинфекций. В настоящее время в популяционных исследованиях было выявлено увеличение психоневрологических отклонений в группе условно-здоровых детей, и эти отклонения фиксируются в 30–56 % случаев. Указанные обстоятельства являются существенным отличием современных школьников от их предшественников. Сами по себе психоневрологические отклонения проявляются в виде снижения функциональных возможностей нервной системы [16].

Для детей с резидуально-органическими поражениями центральной нервной системы (ЦНС) характерно формирование психоорганического синдрома, который проявляется в сложностях формирования школьных навыков [10], возникающих на фоне снижения памяти, внимания, структурных нарушений мышления и его динамики [6]. Это может приводить к социальной дезадаптации [6], а также к формированию нарушений психического развития [3].

Рядом авторов выделялись следующие значимые психофизиологические и психологические особенности у детей со сложностями в обучении, возникающими на фоне резидуально-органического поражения ЦНС: снижение темпа созревания коры головного мозга [8] и регуляторной фронтоталамической системы [7, 10], высокая истощаемость функциональных ре-

зервов, неэффективность протекания информационных процессов [10], дефицитарность структур правого полушария [7], снижение волевого регулирования [9]. Существенным представляется повышение инертности нервных процессов, на фоне которой у детей проявляется большая стереотипность в поведении и инертность познавательных процессов [5]. В рамках нейропсихологических исследований у детей отмечается снижение праксиса, внимания, памяти, динамики познавательных процессов. Нарушения же гнозиса, пространственного восприятия, речи, чтения, эмоционального реагирования зависят от различной локализации поражения коры головного мозга [14].

Одним из этапов реабилитации детей с резидуально-органическими нарушениями является прохождение лечения в специализированных санаториях [4]. Эффективность комплексного восстановительного лечения достаточно высока. Так, значительное улучшение фиксируется у 6 % детей, улучшение – у 64 %, незначительное улучшение – у 22 %, и лишь у 8 % детей улучшений не отмечается. При лечении используют биологические (фармакологические и физиотерапевтические) и психосоциальные (логопедические, психологические, педагогические) методы коррекции.

По результатам реабилитации неврозоподобные и церебрастенические проявления становятся у детей менее выраженными. Дети становятся менее вспыльчивыми, эксплозивными, слезливыми, снижается частота или совсем исчезают стереотипные действия (навязчивые движения, грызение ногтей, выдергивание волос и т. д.), а также энурез, энкопроз. При этом остается неясным, какие именно изменения функциональных особенностей ЦНС происходят у детей во время лечения. Уточнение этих изменений способно расширить представления о возможностях компенсации нарушений познавательных процессов, о когнитивном дефиците и путях его преодоления. Это позволит сформулировать рекомендации для психокоррекционной работы.

Для оценки функциональных показателей ЦНС целесообразно применять методики по определению скорости и точности сенсомоторных реакций, поскольку они широко используются как объективные и достаточно надежные индикаторы функционального состояния ЦНС у здоровых людей, в том числе и в клинических исследованиях [15]. Эти показатели являются характеристиками сенсомоторной интеграции, под которой подразумевается объединение моторных и сенсорных процессов, осуществляющихся в конечном итоге в областях лобной коры. Сенсомоторные реакции человека являются производными функциональных систем, включающих

как ассоциативные области коры, так и активирующие системы мозга. Увеличение скорости и точности простых и сложных сенсомоторных реакций отражает оптимизацию данных процессов. Структура и уровень включения компонентов зависит от типа осуществляемой сенсомоторной реакции. При реализации сложной сенсомоторной реакции лобная кора включена в описанную функциональную систему постоянно, в то время как при простой реакции данное звено свернуто.

*Цель исследования* – уточнить изменения функциональных показателей ЦНС, таких как память и внимание в процессе прохождения санаторно-курортного лечения детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

### **Материал и методы**

Обследовали 56 детей, проходивших лечение и реабилитацию в детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург) с 2012 по 2016 г., из них мальчиков было 42 (72 %), девочек – 16 (28 %). Возраст мальчиков составил 8–12 лет, девочек – 8–11 лет. По возрастным характеристикам группа разбилась следующим образом: 27 % (16 человек) выборки составили дети 8 лет, 26 % (20 человек) – 9 лет, 17 % (10 человек) – 10 лет, 14 % (8 пациентов) – 11 лет, 7 % (4 пациента) – 12 лет.

Большинство детей (66 %, или 38 человек) проходили обучение по программам массовой школы, 18 пациентов (31 %) обучались по программам VII вида для детей с задержками развития, 2 ребенка (3 %) – в школах V вида для детей с речевыми сложностями. Критерием ограничения выборки было наличие умственной отсталости: вывод о ней делался по существующей медицинской документации.

В выборке были представлены пациенты со следующими диагнозами по МКБ-10, верифицированными врачом-психиатром: у 20 детей (36 %) – органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.06); у 10 (15 %) – энурез неорганический (F98.0); у 2 (3 %) – энкопрез (F98.1); у 7 (12 %) – стереотипные двигательные расстройства (F98.4); у 17 детей (35 %) – другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст (F98.8), и эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненные (F98.9).

У детей отмечались последствия резидуально-органического поражения головного мозга. У 53 (83 %) детей психические и поведенческие нарушения проявлялись на фоне особенностей перинатального периода или родов, у 2 (3 %) – последствий нейроинфекций, у 1 (1,5 %) ребенка – черепно-мозговой травмы, произошедшей в раннем детстве. Обследованные дети были разделены на 2 группы:

– в 1-ю (n = 32) вошли пациенты преимущественно с органическими (астеническими) эмоционально-лабильными нарушениями, сопровождающимися церебростенией, на фоне которой эмоциональные нарушения проявлялись в форме слезливости, плаксивости, колебаний настроения, но нарушений поведения у них не отмечалось. Их медикаментозное сопровождение включало в себя ноотропы и общеукрепляющие средства. Большинство детей 1-й группы (20 человек) составили пациенты с расстройством F06.06 по МКБ-10, 3 ребенка – с F98.0, 6 пациентов – с F98.4 и 3 ребенка – с F98.8;

– во 2-ю (n = 23) были включены пациенты преимущественно с нарушениями поведения в виде эксплозивности, их реакции отличались несдержанностью, поведение конфликтностью, агрессивностью. В отличие от детей 1-й группы, их лечение включало в себя прием корректоров поведения (нейролептиков). У большинства детей 2-й группы были расстройства F98.8 (14 детей), у 7 детей – F98.0, у 2 пациентов – F 98.1, 1 ребенок – F98.4 по МКБ-10.

Исследование включало в себя оценку внимания и памяти, а также показателей времени реакции: простую сенсомоторную реакцию, реакцию в ситуации выбора, реакцию на движущийся объект. Данные показатели фиксировали дважды: в начале пребывания ребенка в санатории и спустя 1 мес.

Для измерения показателей времени реакции использовали компьютерное приложение, за основу которого была взята методика Цагарелли [13]. В настоящем исследовании применяли 2 варианта реакции в ситуации выбора – простой (ПР) и усложненный (СР), а также реакция на движущийся объект (РДО).

Для измерения времени ПР в правой и левой областях монитора с временным интервалом 2,5 с выводили зеленые прямоугольники, размеры которых составляли 33 мм в длину и 4 мм в ширину. На сигнал, появляющийся в левой части экрана, ребенок нажимал на клавишу «F» пальцем левой руки, на стимул в его правой части – на клавишу «J» пальцем правой руки. Методика включала в себя 20 предъявлений стимулов. Последовательность предъявлений стимулов справа и слева была случайной. Первые 4 стимула были пробные и не засчитывались. Оценивали среднее время реакции.

При исследовании времени СР пациенты реагировали на часть стимулов так же, как в предыдущей пробе, на другую часть – иначе. Давался дополнительный сигнал (красный прямоугольник), по которому происходила перемена условий выполнения задания, предполагающая смену рук, то есть после дополнительного стимула ребенок должен был реагировать на правый сигнал пальцем левой руки, а на левый сигнал – пальцем правой руки, после повторного дополнительного стимула (красного прямоугольника) – возвращаться к изначальной инструкции. Всего ребенку предъявляли 20 стимулов, из которых 4 первых были пробными. Они появлялись на экране в случайном порядке. В общей сумме для перестройки реакции подавали 12 сигналов, без нее – 8. Оценивали средние результаты по всем реакциям, отдельно – при выполнении пробы с инструкцией о перестройке реакции и без нее, а также количество ошибочных ответов.

Время РДО измеряли с помощью этой же программы: пациентам предлагали полосу в середине экрана длиной 57 мм (201 пиксель), по которой слева направо и справа налево передвигали зеленый круг со скоростью 90 пикселей в 1 с. Задача ребенка состояла в том, чтобы нажать на клавишу «пробел», когда круг окажется на середине полосы, отмеченной вертикальной чертой. Всего предъявляли 20 стимулов, из которых 4 были пробные и не зачитывались. В данном случае оценивали время опережения или запаздывания.

Для оценки объема и устойчивости внимания применяли таблицы Шульте: ребенку предоставляли 5 разных таблиц и рассчитывали среднее время их выполнения [2, 12]. В исследовании устойчивости и концентрации внимания использовали тест Тулуз-Пьерона [17], при проведении которого оценивали продуктивность (количество просмотренных символов в минуту) и точность выполнения (процент ошибочных ответов) [17].

Для изучения кратковременной слухоречевой памяти использовалась методика «10 слов» [2]. Пациентам предоставлялось 4 попытки, чтобы запомнить слова; после каждой они должны были вспомнить все слова, которые сохранились в их памяти. Через 1 ч они воспроизводили их без предварительного повторения.

Применяли также клинический метод, который включал в себя наблюдение за пациентами как в условиях экспериментального исследования, так и в стационаре санатория.

Для проверки достоверности различий полученных данных в группах использовали непараметрический статистический критерий – G-критерий

знаков. В таблицах представлены средние арифметические величины (М) и стандартные ошибки средних показателей (m).

### Результаты и их анализ

Результаты исследования функциональных характеристик ЦНС детей в группах сведены в табл. 1. Видно, что достоверных различий времени ПР до и после лечения в группах не зафиксировано.

Таблица 1

Показатели функциональных характеристик ЦНС у детей в группах, полученные в 1-м и 2-м исследованиях

Показатель	1-я группа		p <	2-я группа		p <
	Исследование			Исследование		
	1-е	2-е		1-е	2-е	
ПР, мс	594 ± 38	693 ± 134		539 ± 40	532 ± 45	
СР (средняя), мс	1006 ± 116	910 ± 159		885 ± 99	689 ± 75	
СР при перестройке, мс	1126 ± 123	821 ± 92		998 ± 146	772 ± 90	
СР без перестройки, мс	975 ± 151	733 ± 84	0,05	994 ± 154	686 ± 107	0,05
СР, ошибочные ответы	2,3 ± 0,4	1,7 ± 0,5	0,05	3,1 ± 0,5	1,5 ± 0,4	0,05
РДО, мс	67 ± 10	73 ± 18		68 ± 6	79 ± 10	

В обеих группах в результате лечения отмечаются положительные изменения по показателям времени СР. У детей 1-й и 2-й групп установлена достоверность статистических различий по характеристикам СР без перестройки и количеству ошибочных ответов. По остальным характеристикам СР положительные изменения отмечались на уровне тенденции, не достигающей до уровня достоверности статистических различий (см. табл. 1).

Важно отметить, что у пациентов 2-й группы в 1-м исследовании значения показателей СР с перестройкой и СР без нее практически одинаковы, то есть у них не наблюдается сокращения времени реакции при переходе от сложной инструкции к более простой. Можно предположить, что это связано с повышенной инертностью ЦНС, сложностью с дифференциальным торможением. В 2-м исследовании в пробе СР при переходе от усложненной инструкции к простой отмечалось сокращение времени реакции, что указывает на повышение подвижности торможения, развитие дифференциального торможения на фоне лечения у пациентов этой группы. Вместе с этим наблюдается тенденция к увеличению времени реакции на движущийся объект (РДО) в 2-м исследовании в обеих группах, хотя здесь статистическая достоверность различий не установлена (см. табл. 1).



Показатели памяти, полученные при 1-м и 2-м исследованиях пациентов обеих групп, показали (табл. 2), что у детей 1-й группы отмечаются незначительные, но статистически достоверные положительные изменения средних показателей непосредственной кратковременной слухоречевой памяти. У пациентов 2-й группы изменений этой характеристики нет.

Таблица 2

Показатели памяти (количество воспроизведенных слов) у детей в группах

Показатель	1-я группа		p <	2-я группа		p <
	Исследование			Исследование		
	1-е	2-е		1-е	2-е	
1-е предъявление	3,4 ± 0,2	5,6 ± 0,4	0,05	4,4 ± 0,3	5,8 ± 0,4	0,05
2-е предъявление	4,9 ± 0,3	6,9 ± 0,4	0,05	5,7 ± 0,4	6,6 ± 0,5	
3-е предъявление	6,0 ± 0,3	6,8 ± 0,3		6,3 ± 0,5	7,1 ± 0,5	
4-е предъявление	6,8 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,05	7,2 ± 0,4	4,4 ± 0,6	0,05
Сумма 4 предъявлений	5,3 ± 0,3	5,8 ± 0,3	0,05	5,9 ± 0,2	5,8 ± 0,4	
Отсроченное воспроизведение	6,2 ± 0,3	4,1 ± 0,4	0,05	5,8 ± 0,3	3,8 ± 0,5	0,05

У детей обеих групп наблюдаются схожие изменения процессов запоминания. Так, у них количество воспроизводимых слов возрастает после первых трех предъявлений. У пациентов 1-й группы статистическая достоверность различий была доказана при сравнении количества воспроизведенных слов после 1-го и 2-го повторений, у 2-й группы – только после 1-го, остальные изменения наблюдаются на уровне тенденции, не достигающей уровня статической значимости (см. табл. 2).

При 4-м предъявлении слов наблюдается достоверное снижение количества воспроизводимых слов. Эти результаты указывают на то, что на фоне увеличения объема запечатлеваемой информации проявляется снижение устойчивости запоминания. В итоге увеличение общего объема кратковременной памяти либо возрастает незначительно, как у детей 1-й группы, либо положительных изменений вовсе не наблюдается, как у пациентов 2-й группы (см. табл. 2). Подобную ситуацию следует связывать с сохраняющейся высокой истощаемостью ЦНС при интеллектуальных нагрузках.

У детей обеих групп отмечалось статистически достоверное снижение объема слов при их отсроченном воспроизведении, что было связано с возникающим эффектом интерференции. В 2-м исследовании они, помимо

слов из предъявляемого списка, называли по 2-3 слова из списка, предоставляемого в 1-м исследовании (см. табл. 2).

Установлено, что при сравнении показателей внимания у детей 1-й группы наблюдаются положительные изменения на уровне тенденции по показателям времени выполнения таблиц Шульте и продуктивности в методике Тулуз-Пьерона (табл. 3). Статистическая достоверность различий отмечается по характеристике точности в методике Тулуз-Пьерона. У пациентов 2-й группы при исследовании концентрации внимания наблюдалось незначительное повышение точности при выполнении методики Тулуз-Пьерона, статистическая достоверность которой не выявлена.

Таблица 3  
Показатели внимания у детей в группах, полученные в 1-м и 2-м исследованиях

Показатель	1-я группа		p <	2-я группа		p <
	Исследование			Исследование		
	1-е	2-е		1-е	2-е	
Таблицы Шульте, с	85,9 ± 5,7	74,1 ± 4,6		78,8 ± 6,1	79,7 ± 7,6	
Тулуз-Пьерона (продуктивность), символ/мин	36,0 ± 1,5	39,7 ± 2,1	0,05	36,8 ± 1,7	38,8 ± 1,9	
Тулуз-Пьерона (точность), %	5,0 ± 1,0	4,2 ± 1,0	0,05	4,5 ± 1,0	3,2 ± 1	

Результаты наших исследований согласуются с известными фактами, что при лечении пограничных психических расстройств улучшается функциональное состояние ЦНС [1]. Это вытекает из полученных данных, согласно которым длительность времени СР в результате лечения снижается.

Ориентируясь на представления об организации двигательной активности, можно предположить, что простые реакции относятся к движениям, которые обеспечиваются пирамидно-стриальным уровнем организации, включающим пирамидный (кортикальный) и экстрапирамидный (субкортикальный) контроль. Сложные реакции можно характеризовать как более сложные действия, опосредованные преимущественно кортикальным уровнем организации движений [16]. В связи с тем что у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза укорочение времени реакции отмечалось по показателям СР, можно предположить, что происходит нормализация функционального состояния коры головного мозга.

Вероятно, именно улучшением функционального состояния коры больших полушарий обусловлена нормализация поведения у детей 2-й

группы. Это изменение поведения имело место как при нахождении детей в группе, так и во время психологической диагностики. При нахождении в группе они становились менее вспыльчивыми, с ними становилось легче взаимодействовать воспитателям и медицинским сестрам, при работе с психологом пациенты были менее протестными, конфликтными, интенсивность и частота негативных реакций на предъявляемые задания была существенно ниже.

Рядом авторов отмечалось опосредование сенсомоторных реакций пространственно-временными представлениями [1, 16]. Учитывая необходимость в РДО оценивать расстояние, скорость передвижения объекта, время прохождения его через указанное место, стоит отметить наибольшее включение представлений о времени и пространстве, чем в других методиках на измерение времени реакции. Можно предположить, что отсутствие положительных изменений времени РДО при их наличии в измерениях времени СР связано с недостаточной сформированностью пространственно-временных представлений у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

Сопровождение увеличения объема запечатляемой информации снижением устойчивости памяти, а также возникновение эффекта интерференции долговременной памяти у детей обеих исследованных групп указывает на сохранение высокой истощаемости ЦНС при умственных нагрузках. В связи с этим следует отметить, что улучшение кратковременной памяти возможно лишь при расширении общего объема запоминания, а не улучшения одного из процессов памяти, такого, как запечатление или удержание информации. Увеличение общего объема кратковременной памяти только у детей 1-й группы указывает на тенденцию ее компенсации у этих пациентов.

Положительные изменения внимания у детей 1-й группы указывают на тенденцию компенсации у них процессов внимания, что нельзя сказать о пациентах 2-й группы.

Различия в динамике показателей памяти и внимания у детей двух групп следует связывать с особенностями медикаментозной коррекции. Так, пациенты 1-й группы получали ноотропы и общеукрепляющие средства, на фоне которых наблюдается улучшение процессов памяти и внимания, тогда как пациенты 2-й группы принимали корректоры поведения, результатом чего явилась нормализация процессов возбуждения и торможения и наблюдалось улучшение поведения.

В заключение отметим, что настоящее исследование подтверждает представление о восстановительном лечении в специализированных санаториях как значимом этапе реабилитации для детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза. В результате такого лечения улучшается их поведение и формируются условия для дальнейшей коррекции нарушений познавательных процессов. При этом, несмотря на положительные изменения, они нуждаются в дальнейшем сопровождении рядом специалистов: неврологами, логопедами, медицинскими психологами. На это указывают выявленные в данном исследовании особенности памяти и внимания.

Полученные результаты позволяют сформулировать следующие направления психокоррекционной работы как общие для обеих групп, так и частные, касающиеся групп в отдельности. Психологическая помощь пациентам обеих групп должна включать методики, направленные на развитие пространственных и временных представлений, на увеличение объема кратковременной памяти, а также внимания. Для пациентов 2-й группы психокоррекционную работу также необходимо направлять на закрепление положительных поведенческих стереотипов.

### **Выводы**

1. Положительная динамика характеристик сложных реакций у пациентов обеих обследованных групп свидетельствует об улучшении общего функционального состояния центральной нервной системы при лечении в санатории.

2. Неизменность при этом показателей времени реакции на движущийся объект, скорее всего, объясняется недостаточной сформированностью у обследованных детей пространственно-временных представлений.

3. Сложности с устойчивостью запоминания, а также с интерференцией памяти следует связывать с сохраняющейся истощаемостью центральной нервной системы при интеллектуальных нагрузках.

5. Различия в динамике показателей памяти и внимания у детей обеих групп, вероятно, связаны с различиями медикаментозной коррекции, получаемой детьми.

6. Результаты исследования позволяют сформулировать рекомендации по психологическому сопровождению пациентов с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

## Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей. – М. : Гэотар-медиа, 2007. – 400 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – Киев : Здоров'я, 1986. – 280 с.
3. Власова Т.А. Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – 2-е изд., испр. и доп. – М., 1973. – 176 с.
4. Головкин Т.А., Черпунова Н.С. Лечебная физкультура в системе реабилитации детей с неврологическими заболеваниями и поражениями опорно-двигательного аппарата // Санаторно-курортное лечение как этап медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями и заболеваниями нервной системы : тезисы науч.-практ. конф. – СПб., 2015. – С. 3–4.
5. Иорданова Ю.А. Особенности поведенческого реагирования детей 7–10 лет с дефицитом внимания // Вестн. Помор. ун-та. Сер.: Естеств. и точные науки. – 2006. – № 3. – С. 68–72.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста : (руководство для врачей). – М. : Медицина, 1995. – 608 с.
7. Литвиненко О.В. Психологические и психофизиологические особенности внимания у здоровых детей и детей с синдромом дефицита внимания : автореф. ... канд. психол. наук. – Ростов-н/Д, 2003. – 22 с.
8. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // Когнитивные исследования : сб. науч. тр. / под ред. В.Д. Соловьева, Т.В. Черниговской. – М. : Ин-т психологии РАН, 2008. – Вып. 2. – С. 32–48.
9. Мнухин С.С. О клинко-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей // Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та. – Л., 1961. – Т. 25. – С. 67–77.
10. Подоплекин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей-северян : автореф. ... канд. мед. наук. – Архангельск, 2003. – 20 с.
11. Пронина Л.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика психических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 22 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М. : Эксмо-Пресс, 1999. – 448 с.
13. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр» : [учеб. пособие]. – Казань, 2008. – 266 с.
14. Цветкова Л.С., Цветков А.В. Нейропсихологические синдромы неформированности высших психических функций у младших школьников с отклонениями в развитии психики // Вестн. Моск. гос. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2009. – № 2. – С. 62–61.
15. Шутова С.В., Муравьева И.В. Сенсомоторные реакции как характеристика функционального состояния ЦНС // Вестн. Тамбов. ун-та. Сер.: Естеств. и технич. науки. – 2013. – Т. 18, № 5-3. – С. 2831–2840.

16. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Крысенко Л.В., Паничева Е.С. Характеристика астенического синдрома у детей первого года обучения в школе // Рос. педиатрич. журн. – 2014.– № 2. – С. 37–40.

17. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций : метод. руководство. – СПб. : Иматон, 1997. – 80 с.

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

Поступила 13.07.2016

**Для цитирования.** Березкин Д.В. Динамика функциональных показателей центральной нервной системы у детей с невротоподобными расстройствами резидуально-органического генеза в процессе комплексной реабилитации // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 98–112.

---

**THE DYNAMICS OF FUNCTIONAL PARAMETERS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM OF CHILDREN WITH BORDERLINE MENTAL DISORDER OF RESIDUAL-ORGANIC GENESIS IN THE PROCESS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION**

**Berezkin D.V.**

Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)  
Children's Psychoneurological Sanatorium "Komarovo"  
(Russia, St. Petersburg, Komarovo, Socialisticheskaya St., 2/8, letter A)

✉ Dmitrii Vladimirovich Berezkin – PhD Student, Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48); education psychologist, Children's Psychoneurological Sanatorium "Komarovo" (Russia, 197733, St. Petersburg, Komarovo, Socialisticheskaya St., 2/8, letter A); e-mail: berezkin.dm@yandex.ru.

**Abstract.** Peculiarities of the CNS functional characteristics dynamics, memory and attention of children with borderline mental disorder of residual-organic genesis are investigated in a process of a rehabilitation care. 56 patients are examined. Experimental estimate methods of different characteristics of reaction time, memory and attention are used. It was stated that out of a dependence on clinical differences the positive dynamic of a choice reaction time have all children, similar alterations of memory are observed. But positive changes of attention are observed only with children having dominate asthenic disorder. On the base of results obtained in the research recommendations on psychological correction for children with borderline mental disorder residual organic genesis are formulated.

**Keywords:** medical (clinical) psychology, neuropsychology, children, organic nonpsychotic disorder, borderline mental disorder of residual-organic genesis, central nervous system, memory, attention, reaction time, excitation and inhibition of nerve processes

### References

1. Aleksandrovskii U.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva. Rukovodstvo dlya vrachey [Borderline mental disorders. Manual for physicians]. Moskva. 2007. 400 p. (In Russ.)
2. Bleiher V.M., Kruk I.V. Patopsikhologicheskaya diagnostika [Pahtopsykholoģical diagnostics]. Kiev. 1986. 280 p. (In Russ.)
3. Vlasova T.A., Pevzner M.S. O detyah s otkloneniyami v razvitii [About children with deviation of development]. Moskva. 1973. 176 p. (In Russ.)
4. Golovko T.A., Cherpunova N.S. Lechebnaya fizkul'tura v sisteme reabilitatsii detei s nevrologicheskimi zabolevaniyami i porazheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Therapeutic physical training in the system of rehabilitation of children with neurological disorders and defects of musculoskeletal system]. *Sanatarno-kurortnoe lechenie kak etap meditsinskoy reabilitatsii detei s psikhonevrologicheskimi zabolevaniyami i zabolevaniyami nervnoi sistemy* [Health resort treatment as a stage of medical rehabilitation of children with psychoneurological disorder and disorder of neural system] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 5–7. (In Russ.)
5. Iordanova Ju.A. Osobennosti povedencheskogo reagirovaniya detei 7–10 let s defitsytom vnimaniya [Specifically behavioral reaction of 7–10 years old children with deficit of attention]. *Vestnik Pomorskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tochnye nauki* [Bulletin of Pomor State University. Series: Natural and exact sciences]. 2006. N. 3. Pp. 68–72. (In Russ.)
6. Kovalev V.V. Psikhiiatriya detskogo vozrasta [Psychiatry of children age]. Moskva. 1995. 608 p. (In Russ.)
7. Litvinenko O.V. Psikhologicheskie i psikhofiziologicheskie osobennosti vnimaniya u zdorovyh detei i detej s sindromom defitsyta vnimaniya [Psychological and psychophysiological characteristics of attention of healthy children and children with syndrome of attention deficit : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci.]. Rostov-na-Donu. 2003. 22 p. (In Russ.)
8. Machinskaya R.I., Krupskaya E.V. Sozrevanie regulatorynykh struktur mozga i organizatsyya vnimaniya u detei mladshego shkol'nogo vozrasta [Brain regulatory structures maturation and attention organization of primary school age children]. *Kognitivnye issledovaniya* [Cognitive research: collection of scientific works]. Eds.: Solov'ev V.D., Chernigovskaya T.V. Moskva. 2008. Pp. 32–48. (In Russ.)
9. Mnukhin S.S. O kliniko-fiziologicheskoi klassifikatsyi sostoyaniya psikhicheskogo nedorazvitiya u detei [About clinical and phychiological classification of conditions of children's psychical underdevelopment]. *Trudy leningradskogo pediatricheskogo instituta* [Proceeding of the Leningrad pediatrician institute : collection of scientific works]. Leningrad. 1961. Vol. 25. Pp. 67–77. (In Russ.)
10. Podoplekin D.N. Raspredelenie postoyannykh potencialov golovnogogo mozga pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu (SDVG) u detey-severyan. [Distribution of permanent brain potentials of children from the north having attention

deficit hyperactivity disorder (ADHD) : Abstract dissertation PhD Med. Sci.] Arhangel'sk. 2003. 20 p. (In Russ.)

11. Pronina L.A. Kliniko-epidemiologicheskaya karakteristika psikhicheskikh rasstroystv u detey mladshogo i srednego shkol'nogo vozrasta [Clinical and epidemiological characteristic of mental disorders of junior and secondary school children : Abstract dissertation PhD Med. Sci.]. Moscow. 1995. 22 p. (In Russ.)

12. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii [Pathopsychological experimental methods]. Moskva. 1999. 448 p.

13. Tsagarelli U.A. Sistemnaya psikhologicheskaya diagnostika na pribore "Aktivizyometr" [System psychological diagnostic with the "Activationmeter" device]. Kazan'. 2008. 266 p. (In Russ.)

14. Tsvetkova L.S., Tsvetkov A.V. Neiropsikhologicheskiye sindromy nesformirovannosti vysshikh psikhicheskikh funktsiy u mladshikh shkol'nikov s otkloneniyami v razvitiy psikhiki [Neuropsychological syndromes of higher psychical function immature of primary school age children with deviations of psychical development]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya: 14. Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 2009. N 2. Pp. 62–61. (In Russ.)

15. Shutova S.V., Murav'eva I.V. Sensomotornye reaktzyi kak kharakteristika funktsional'nogo sostoyaniya CNS [Sensorimotor reactions as characteristic of functionality status of CNS]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskije nauki* [Tambov university reports. Series: Natural and technical sciences]. 2013. Vol. 18, N 5-3. Pp. 2831–2840. (In Russ.)

16. Evert L.S., Potupchik T.V., Krysenko L.V., Panicheva E.S. Kharakteristika astenicheskogo sindroma u detei pervogo goda obucheniya v shkole [Characteristics of astenoneurotic syndrome of the first year schoolers]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal* [The Russian journal of pediatrics]. 2014. N 2. Pp. 37–40. (In Russ.)

17. Yasyukova L.A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsiya minimal'nykh mozgovykh disfunktsiy [Optimization of teaching and development of children with minimal brain dysfunction. Diagnostics and compensation of minimal brain dysfunction]. Sankt-Peterburg. 1997. 80 p. (In Russ.)

Received 13.07.2016

**For citing.** Berezkin D.V. Dinamika funktsional'nykh pokazatelei tsentral'noi nervnoi sistemy u detei s nevrozopodobnymi rasstroistvami rezidual'no-organicheskogo geneza v protsesse kompleksnoi reabilitatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 98–112. (In Russ.)

Berezkin D.V. The dynamics of functional parameters of the central nervous system of children with borderline mental disorder of residual-organic genesis in the process of comprehensive rehabilitation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 98–112.



## **ЭТНОКОНФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Южный федеральный университет  
(Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Нагибина, д. 13)

Исследована внутренняя картина болезни онкологических пациентов – 20 православных и 22 мусульман. Выявлены этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни: у мусульман по сравнению с православными более выражена психическая и физическая истощаемость и интенсивность жалоб; православные пациенты более ситуативно тревожны, а мусульмане – более депрессивны. Православные пациенты более раздражительны, а мусульмане – более чувствительны. Преобладает дисфорическое отношение к болезни у православных. Преобладает сенситивный тип отношения к болезни у мусульман. Обе группы недостаточно информированы о своей болезни.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, религиоведение, мировая конфессия, внутренняя картина болезни, тип реакции на заболевание, онкология, онкологические больные.

### **Введение**

Рост онкологической заболеваемости в последние годы является не только общемедицинской, но и социально-психологической проблемой. Сегодня в России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями, число поступающих на учет в онкодиспансерах в России достигает 400 тыс. больных в год. На ко-

---

Ермаков Павел Николаевич, д-р биол. наук проф., акад. Рос. акад. образования, зав. каф. психофизиологии и клинич. психологии Академии психологии и педагогики Юж. федер. ун-та (Россия, 344038, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Нагибина, д. 13), e-mail: paver@sfedu.ru;

Фаенсон Александр Владимирович – канд. мед. наук, врач-ординатор отделения онкоурологии Ростов. науч.-исслед. онкологич. ин-та (Россия, 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63), e-mail: faenson.alex@mail.ru;

Труфанова Ольга Константиновна – канд. психол. наук доц., Акад. психологии и педагогики Юж. федер. ун-та (Россия, 344038, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Нагибина, д. 13), e-mail: trufanovaok@mail.ru;

Костенко Татьяна Сергеевна – магистр психологии, Акад. психологии и педагогики Юж. федер. ун-та (Россия, 344038, г. Ростов-на-Дону, ул. М. Нагибина, д. 13), e-mail: armida2011@mail.ru.

нец 2014 г. на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн больных [6].

Большинство имеющих на настоящий момент исследований по клинической психологии преимущественно делают акцент на изучении общих вопросов психосоматических соотношений, субъективной репрезентации человеком своего соматического заболевания, реакции пациента на болезнь и собственно ВКБ [5, 7, 10].

Осознание и отношение к болезни у онкологических больных определяется не столько динамикой развития заболевания, сколько личностными особенностями больного, его восприятием болезни и лечения, механизмами совладающего поведения и его смысловыми ориентациями. На формирование ВКБ у онкобольных, по исследованиям последних лет, оказывает также влияние отсутствие точной локализации злокачественной опухоли [9], ухудшение самочувствия в процессе специфического полихимиолучевого лечения [4]. На наш взгляд, недостаточно изучено влияние на ВКБ социокультурных особенностей, в частности связанных с этноконфессиональной принадлежностью [1–3]. Особенно актуальным представляется такое исследование в связи с мощной волной распространения мусульманства в Европе и Азии. Этническая миграция влияет на контингент пациентов, обращающихся за медицинской помощью на новом месте жительства, и ставит перед врачами и медицинским персоналом задачи построения адекватного взаимодействия с больными разного вероисповедания. В этой связи Юг России занимает особое положение в силу преобладающего мусульманского населения в республиках Северного Кавказа и значительной миграции представителей мусульманского вероисповедания в районы, традиционно относящиеся к православию [12]. Следует отметить особое место г. Ростова-на-Дону и Ростовской обл., медицинские учреждения которых принимают на лечение больных практически из всех республик Северного Кавказа. На Юге России ведущим медицинским учреждением онкологического направления является Ростовский научно-исследовательский институт онкологии.

Изучение ВКБ позволяет в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует он для осуществления этого познавательного процесса. Изучение ВКБ открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации [7].

В большинстве современных психологических исследований ВКБ при различных нозологических формах вслед за В.В. Николаевой [8] в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1) болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т. д.;

2) эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные стороны, симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3) интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Таким образом, у больного создается модель заболевания, т. е. представление об ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которое определяет «масштаб переживаний» и поведение в целом.

Следует отметить, что для отечественной психологической и медицинской науки использование термина «внутренняя картина болезни» стало традиционным для обозначения феномена субъективной стороны заболевания. Как отмечают исследователи, ВКБ имеет свои уровни функционирования, факторы детерминации, типы, стадии развития и т. д. Данный феномен субъективной стороны заболевания охватывает все аспекты субъективного переживания болезни. Но, подчеркивал российский философ и этнопсихолог Г.Г. Шпет, как бы индивидуально ни были люди различны, есть типически единое в их переживаниях в качестве «откликов» на происходящее как представителей определенной культурной общности [11].

*Цель* исследования – выявление этноконфессиональных особенностей ВКБ у онкологических больных.

### **Материал и методы**

Обследовали 42 онкологических больных (С 60–62 по МКБ-10) мужского пола, находившихся на предоперационном этапе лечения в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте.

Возраст пациентов составил от 35 до 52 лет, средний возраст – (43,5 ± 2,1) года. По конфессиональным предпочтениям пациентов разделили на 2

группы: 1-я (n = 20) – православные; 2-я (n = 22) – мусульмане. Испытуемые сами относили себя к той или иной религиозной принадлежности. Предварительно получили добровольное и информированное согласие пациентов на психологическое обследование.

Методы исследования – наблюдение, клиническое интервью, тестирование при помощи психологических методик:

- Гиссенского опросника психосоматических жалоб;
- шкалы депрессии А.Т. Бека;
- шкалы тревоги Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина;
- Торонтской алекситимической шкалы (TAS), разработанной Г. Тейлор и соавт., в адаптации сотрудников Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева;
- методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанной Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и Э.Б. Карповой;
- экспресс-опросника «Индекс толерантности», сконструированного Г.У. Солдатовой, О.А. Кравцовой, О.Е. Хухлаевым и Л.А. Шайгеровой.

Математическую обработку результатов провели с помощью U-критерия Манна–Уитни. В тексте представлены средние арифметические величины и ошибка средней величины ( $M \pm m$ ).

### **Результаты и их анализ**

Результаты исследования уровня ощущений ВКБ больных православных и мусульман с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб выявляют достоверные различия по шкалам «истощение» ( $p = 0,003$ ), «желудочные боли» ( $p = 0,003$ ) и «интенсивность жалоб» ( $p = 0,005$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что обследуемых мусульман, в сравнении с православными, отличает более выраженная общая потеря жизненной энергии (истощение), чаще встречаются желудочные жалобы, а также более высокая интенсивность жалоб по самооценке в баллах (рис. 1).

Как и отдельные аспекты толерантности по методике «Индекс толерантности», общий уровень толерантности православных пациентов высокий – ( $102,3 \pm 2,6$ ) балла. В группе пациентов-мусульман выявлен средний общий уровень толерантности ( $85,1 \pm 1,9$ ) балла. Различия значимые на уровне математического подтверждения различия не получили  $p < 0,001$ . Можно считать, что православные пациенты более терпимо относятся к окружающему миру, несмотря на серьезность заболевания. Для пациентов-мусульман характерно проявление как толерантных, так и интолерантных черт, в зависимости от ситуации (рис.2).

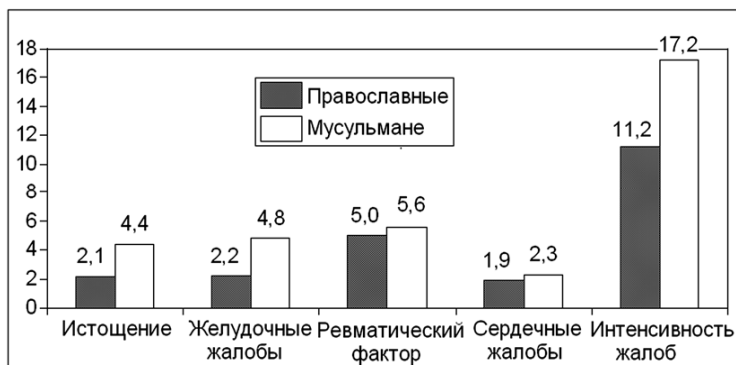


Рис. 1. Особенности психосоматических жалоб у православных и мусульман по результатам Гиссенского опросника

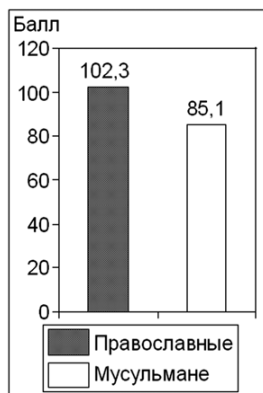


Рис. 2. Особенности общего уровня толерантности у православных и мусульман

Результаты исследования эмоционального уровня внутренней картины болезни выявляют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности по опроснику Спилбергера–Ханина у пациентов разных конфессий ( $p = 0,007$ ). Пациентам-мусульманам свойственна умеренная как ситуативная, так и личностная тревожность ( $42,4 \pm 0,5$ ) и ( $41,4 \pm 0,7$ ) балла соответственно. В то время как православных онкобольных отличает высокий уровень ситуативной тревожности ( $48,2 \pm 0,12$ ) балла при умеренном уровне личностной тревожности ( $40,8 \pm 0,6$ ) балла (рис. 3).

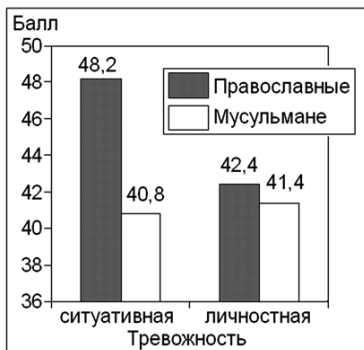


Рис. 3. Особенности личностной и ситуативной тревожности у православных и мусульман

Показатели значимости различий уровня выраженности депрессии по шкале А. Бека у пациентов разных конфессий ( $p = 0,005$ ) свидетельствуют о достоверном преобладании выраженной депрессивной реакции у пациентов-мусульман и ее отсутствии у православных больных: ( $10,9 \pm 2,7$ ) и ( $5,6 \pm 0,5$ ) балла соответственно. Таким образом, православные пациенты более тревожны, а пациенты-мусульмане – более депрессивны в ситуации болезни (рис. 4).

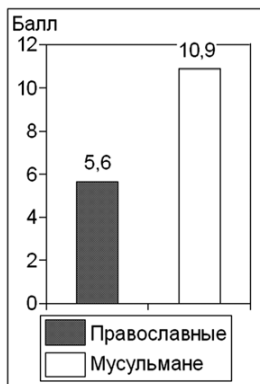


Рис. 4. Уровень выраженности депрессии у православных и мусульман

Уровень алекситимии по шкале TAS у пациентов-мусульман несколько выше ( $70,8 \pm 2,8$ ) балла в сравнении с православными пациентами ( $66,8 \pm 1,9$ ) балла. Показатели обеих групп выше показателей среднестатистической нормы, но ниже уровня, соответствующего «алекситимическому» типу личности. Следовательно, можно предположить, что представители обеих групп обладают сниженной способностью к вербализации эмоциональных состояний, однако у пациентов-мусульман трудности в опре-

делении и описании собственных переживаний более выражены. Данные различия представлены в виде тенденций, статистически достоверных различий не выявлено (рис. 5).

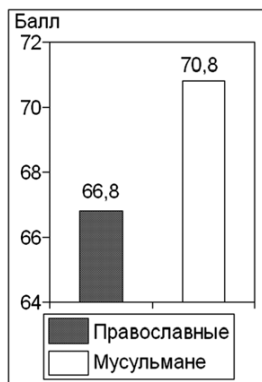


Рис. 5. Уровень выраженности алекситимии у православных и мусульман

В исследовании типов отношения к болезни по методике ТООБЛ достоверно значимые различия выявлены по сенситивному ( $p = 0,01$ ) и дисфорическому ( $p = 0,01$ ) типам отношения к болезни: православных пациентов отличает преобладание дисфорического типа, а пациентов-мусульман – сенситивного типа отношения к болезни.

Характеристики уровней ВКБ (по модели В.В. Николаевой) по данным структурированного интервью представлены в таблице. Характеристики этого уровня сходны в обеих группах, достоверных различий не выявляется. Все больные осведомлены о своем диагнозе, осознают неопределенность прогноза лечения, испытывают страх перед физической болью и страх смерти, предъявляют жалобы на наличие тревоги, страха, сомнений; вялость, расстройство сна. Причиной своего эмоционального состояния называют поставленный им диагноз «рак».

Уровни ВКБ по данным структурированного интервью у больных с онкологическими заболеваниями, n (%)

Показатель	Православные	Мусульмане
Болевые ощущения	20 (47,6)	22 (52,3)
Эмоциональный уровень		
тревожность	23 (54,3)	16 (38,3)
потребность в эмпатии	17 (40,7)	21 (50,7)
ранимость, обидчивость, чувствительность	12 (28,8)	15 (36,4)

Показатель	Православные	Мусульмане
раздражительность	8 (19,6)	5 (12,6)
агрессивность	3 (7,5)	2 (5,0)
Интеллектуальный уровень		
неосведомленность о заболевании	19 (45,2)	15 (35,7)
Волевой (мотивационный) уровень		
уверенность, активность	8 (20,2)	7 (17,3)
пассивность	11,2 (26,6)	12,1 (28,8)
ориентировка на мнение других, зависимость	7,4 (17,6)	9,6 (22,9)

### Выводы

Внутреннюю картину болезни православных пациентов характеризует: невысокий уровень истощения и интенсивности жалоб, средний уровень личностной тревожности, высокий уровень ситуативной тревожности и низкая депрессивность, признаки алекситимии, преобладание дисфорического отношения к болезни, недостаточная осведомленность о своем заболевании.

Внутреннюю картину болезни пациентов-мусульман характеризует высокий уровень истощения и интенсивности жалоб, средний уровень личностной и ситуативной тревожности и высокая депрессивность, выраженные признаки алекситимии, преобладание сенситивного типа отношения к болезни, недостаточная осведомленность о своем заболевании.

Сравнение полученных результатов позволяет сделать вывод: внутренняя картина болезни мусульман по сравнению с православными характеризуется более выраженной психической и физической истощаемостью и интенсивностью жалоб; православные пациенты более ситуативно тревожны, а мусульмане более депрессивны. Православные пациенты более раздражительны, а мусульмане более чувствительны.

Полученные данные могут быть использованы в построении реабилитационных программ, коррекции внутренней картины болезни, формировании стратегий совладающего поведения в психологическом сопровождении онкологических больных.

### Литература

1. Бабич И.Л. Исламские духовные ценности народов современного Северо-Западного Кавказа // Религия и право. – 2008. – № 4. – С. 46–62.
2. Бабурин А., Жохов В. Здоровье и болезнь: православное понимание. URL: <http://azbyka.ru/zdorovie/zdorove-i-bolezn-pravoslavnoe-ponimanie>.



3. Белик А.А. Норма и патология в условиях различных культур // Этно-психология: вопросы теории и практики : сб. науч. тр. / под ред. О.Е. Хухлаева. – М., 2005. – Вып. 1. – С. 193–201.
4. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопр. онкологии. – 1990. – № 8. – С. 966–969.
5. Громыко Е.В. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Пробл. здоровья и экологии. – 2012. – Вып. 1 (31). – С. 37–44.
6. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М. : Медицина, 2005. – 268 с.
7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М. : Медицина, 2001. – 276 с.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М. : Медицина, 2001. – 260 с.
9. Рожкова О. Психологический портрет раковых больных. URL: <http://www.inha.ru/article/tipy-lichnosti/psikhologicheskiiy-portret-rakovykh-bolnykh/>.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
11. Шпет Г.Г. Введение в этническую психологию. – СПб. : Алетей, 1996. – 155 с.
12. Abakumova I.V., Ermakov P.N., Kolesina K.Y. On analyzing the results of empirical research into the life-purpose orientations of adults of various ethnic identities and religious affiliations // Psychology in Russia: State of the Art. – 2016. – Vol. 9, Issue 1. – P. 155–163.

Статья содержит материалы исследований, поддержанных научно-исследовательским проектом № 213.01-03/2016-4 РНФ. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 21.08.2016

**Для цитирования.** Ермаков П.Н., Фаенсон А.В., Труфанова О.К., Костенко Т.С. Этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни онкологических больных // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 113–123.

---

## ETNO-CONFESSIONAL FEATURES INTERNAL PICTURE OF DISEASE CANCER PATIENTS

**Ermakov P.N.<sup>1</sup>, Faenson A.V.<sup>2</sup>, Trufanova O.K.<sup>1</sup>, Kostenko T.S.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Southern Federal University, the Academy of Psychology and Pedagogy  
Annotation (Nagibina Str., 13, Rostov-on-Don, Russia)

<sup>2</sup>Rostov Research Institute of Oncology  
(14th line Str., 63, Rostov-on-Don, Russia)

Pavel Nikolaevich Ermakov – Dr. Biol. Sci., Prof., Member, Russian Academy of Education Sciences, Head of Department psychophysiology and clinical psychology

of the Academy of psychology and pedagogy of Southern Federal University (Nagibina Str., 13, Rostov-on-Don, 344038, Russia), e-mail: paver@sfedu.ru;

Aleksandr Vladimirovich Faenson – PhD Med. Sci., the doctor-Intern at Department, Rostov Research Institute of Oncology (14th line Str., 63, Rostov-on-Don, 344019, Russia), e-mail: faenson.alex@mail.ru;

✉ Ol'ga Konstantinovna Trufanova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., the Academy of psychology and pedagogy of Southern Federal University (Nagibina Str., 13, Rostov-on-Don, 344038, Russia), e-mail: trufanovaok@mail.ru;

Tat'yana Sergeevna Kostenko – master of psychology, the Academy of psychology and pedagogy of Southern Federal University (Nagibina Str., 13, Rostov-on-Don, 344038, Russia), e-mail: armida2011@mail.ru.

**Abstract.** Investigated internal picture of the disease of cancer patients – 20 Christians and 22 Muslims. Identified ethnic and religious features of the internal picture of the disease: the Muslims in comparison with the Christians more pronounced mental and physical exhaustion and intensity of complaints; Christians patients are more situationally anxious, and Muslims more depressed. Christians patients are more irritable, and Muslims are more sensitive. Dominated by dysphoric towards the disease from the Christians. Dominated by sensitive type of attitude to the disease among the Muslims. Both groups are poorly informed about their illness.

**Keywords:** medical (clinical) psychology, religious studies, world religion, internal picture of disease, type of reaction to disease, cancer, cancer patients.

### References

1. Babich I. L. Islamskie dukhovnye tsnosti narodov sovremennogo Severo-Zapadnogo Kavkaza [Islamic spiritual values of the peoples of the modern North-West Caucasus]. *Religiya i pravo* [Religion and Law]. 2008. N 4. Pp. 46–62. (In Russ.)

2. Baburin A., Zhokhov V. Zdorov'e i bolezni': pravoslavnoe ponimanie [Health and Disease: Christian understanding]. URL: <http://azbyka.ru/zdorovie/zdorove-i-bolezn-pravoslavnoe-ponimanie>. (In Russ.)

3. Belik A. A. Norma i patologiya v usloviyakh razlichnykh kul'tur [Normal and pathological in different cultures]. *Etnopsikhologiya: voprosy teorii i praktiki* [Ethnopsychology: Theory and Practice] : collection of scientific works. Ed. O.E. Khukhlaev. Moskva. 2005. Issue 1. Pp. 193–201. (In Russ.)

4. Blinov N.N., Khomyakov I.P., Shipovnikov N.B. Ob otnoshenii onkologicheskikh bol'nykh k svoemu diagnozu [About an attitude of cancer patients to their diagnosis]. *Voprosy onkologii* [Problems in oncology]. 1990. N 8. Pp. 966–969. (In Russ.)

5. Gromyko E. V. Istoricheskii aspekt vnutrennei kartiny bolezni (obzor literatury) [Historical aspects of the inward picture of a disease (literature review)]. *Problemy zdorov'ya i ekologii* [Environmental and health problems]. 2012. Issue 1. Pp. 37–44. (In Russ.)

6. Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG [Statistics of cancers in Russia and CIS countries]. Moskva. 2005. 268 p. (In Russ.)

7. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya [Internal picture of illness and iatrogenic disease]. Moskva. 2001. 276 p. (In Russ.)
8. Nikolaeva V.V. Vliyaniye khronicheskoi bolezni na psikhiku [The impact of chronic disease on the psyche]. Moskva. 2001. 260 p. (In Russ.)
9. Rozhkova O. Psikhologicheskii portret rakovykh bol'nykh [Psychological profile of cancer patients.]. URL: <http://www.inha.ru/article/typy-lichnosti/psikhologicheskii-portret-rakovykh-bolnykh/>. (In Russ.)
10. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of physicality]. Moskva. 2002. 287 p. (In Russ.)
11. Shpet G.G. Vvedenie v etnicheskuyu psikhologiyu [Introduction to Ethnic Psychology]. Sankt-Peterburg. 1996. 155 p. (In Russ.)
12. Abakumova I.V., Ermakov P.N., Kolesina K.Y. On analyzing the results of empirical research into the life-purpose orientations of adults of various ethnic identities and religious affiliations. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2016. Vol. 9, Issue 1. Pp. 155–163.

Received 21.08.2016

**For citing.** Ermakov P.N., Faenson A.V., Trufanova O.K., Kostenko T.S. Etnokonfessional'nye osobennosti vnutrennei kartiny bolezni onkologicheskikh bol'nykh. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 113–123. **(In Russ.)**

Ermakov P.N., Faenson A.V., Trufanova O.K., Kostenko T.S. Etnokonfessional features internal picture of disease cancer patients. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 113–123.

## ПОДХОД К АНАЛИЗУ ОТРАЖЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В ЦИФРОВЫХ СЛЕДАХ

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9);  
Санкт-Петербургский институт информатики и автоматизации РАН  
(Россия, Санкт-Петербург, 14-я линия ВО, д. 39);  
Северо-Западный институт управления Российской академии  
народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ  
(Россия, Санкт-Петербург, Средний пр., д. 57)

Рассмотрен подход к возможности предварительной экспресс-диагностики психологических особенностей пользователя по анализу его цифровых следов. Под цифровыми следами понимается информация, которую пользователь размещает на своей странице в социальной сети. В исследовании приняли участие 110 студентов вузов Санкт-Петербурга со средним возрастом ( $20,3 \pm 1,6$ ) года. Девушек было 66,4 %, юношей – 33,6 %. Проанализированы и идентифицированы согласно разработанной классификации 2906 постов, опубликованных пользователями за 6 мес до проведения тестирования. Для идентификации постов применялась разработанная авторами ранее 2-уровневая классификация постов, 1-й уровень которой содержит 3 атрибута: информационный, эмоциональный и побудительно-деятельностный. Представлены выявленные взаимосвязи между типами размещенных на странице пользователя постов и психологическими особенностями. Предложенный подход может стать источником сведений для развития методов экспресс-диагностики при психотерапии, организации образовательного процесса, выстраивании отношений в сложных ситуациях. Также этот метод может быть использован для мониторинга изменения настроения больших социально значимых групп.

---

✉ Тулупьева Татьяна Валентиновна – канд. психол. наук доц., доцент С.-Петербург. гос. ун-та; ст. науч. сотр. С.-Петерб. ин-та информатики и автоматизации РАН (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 14-я линия ВО, д. 39); доцент Сев.-Зап. ин-та управления Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ (Россия, 199178, Санкт-Петербург, Средний пр., д. 57), e-mail: tvt100a@mail.ru;

Тафинцева Анастасия Станиславовна – студент Сев.-Зап. ин-та управления Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ (Россия, 199178, Санкт-Петербург, Средний пр., д. 57), e-mail: stasya795@gmail.com;

Тулупьев Александр Львович – д-р физ.-мат. наук доц., зав. лаб. С.-Петербург. ин-та информатики и автоматизации РАН (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 14-я линия ВО, д. 39); проф. С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: alexander.tulupuev@gmail.com.

Ключевые слова: социальная психология, социальные сети, цифровые следы, классификация постов, психодиагностика, личностные особенности, ценностные ориентации.

### **Введение**

Электронные социальные сети сегодня являются уже неотъемлемой частью современного общества [3]. Стоит отметить, что сам виртуальный мир и общение в Интернете за последние годы претерпели изменения. Если на заре активного использования коммуникационных возможностей Интернета популярностью пользовались чаты, в которых пользователи часто скрывали свое настоящее имя за «ником», то сегодня, напротив, все больше и больше людей стремятся рассказать о себе посредством блогов или социальных сетей. Таким образом, сеть сегодня становится пространством для самопрезентации [4]. О.М. Шахмартова и Е.Ю. Болтага в своей работе [7] рассматривают различные точки зрения на проблему «виртуальной реальности» в современной психологии. По их мнению, «компьютеризация общества является важнейшим фактором формирования коммуникативного сознания» – то есть на смену реальному собеседнику приходит виртуальный. Интернет как «пятое измерение» и новая сфера человеческой жизнедеятельности состоялся, и с каждым днем он будет иметь для каждого пользователя все большее значение [7].

В связи с тем что Интернет занимает все больше времени в жизни современного человека и игнорировать его влияние на жизнь молодежи невозможно [2], в научном сообществе все чаще можно встретить исследования, посвященные поведению людей в Интернете, изучению интернет-зависимости, социальных коммуникаций в сети, социально-психологических функций социальных сетей и т. п. Например, в работе С.А. Щebetенко [8] на выборке студентов изучалась связь между чертами личности и пользовательской активностью. В результате были выявлены 12 фактических показателей активности пользователей, например количество друзей, количество «лайков» на портрет, число записей на «стене», сделанных другими пользователями, число фотографий пользователей с другими людьми положительно коррелировало с экстраверсией и т. д. Автор сделал вывод о том, что черты личности играют значительную роль в формировании особенностей активности пользователей социальной сети.

О.С. Андреева и Е.С. Андреев [1] рассматривают вопрос интернет-зависимости. В работе приводится исследование, в котором в качестве метода используется модифицированный семантический дифференциал, а выборка состоит из экспериментальной группы (30 студентов, зарегистри-

рованных в социальной сети и проводящих в ней не менее пяти часов в день) и контрольной группы (30 студентов, не зарегистрированных в социальной сети либо зарегистрированных, но проводящих в ней не более 20 минут в день). В результате анализа экспериментальной группы авторами была выявлена несформированность представлений о коммуникации, сильно выраженным оказался фактор «негативное общение». В результате анализа контрольной группы было выявлено, что испытуемые виртуальному общению предпочитают реальное, сильным фактором оказался фактор «позитивное общение».

На основе выводов предшествующих исследований и с учетом возрастающей роли общения в социальных сетях, нами было выдвинуто предположение, что информацию, размещаемую пользователями социальных сетей на своих страницах, можно использовать для выявления личностных качеств и ценностных ориентаций. Цель статьи – на примере анализа постов, содержащихся на персональных страницах пользователей в социальной сети «В контакте», раскрыть ряд особенностей проявления ценностных ориентаций и особенностей личности, отражающихся в постах участников сети на личных страницах.

В настоящей статье под постом в социальных сетях обычно понимается сообщение (тексты, фотографии, аудио- и видеозаписи, пиктограммы, иной цифровой контент), которое публикуется на форумах, в интернет-сообществах, персональных веб-страницах, блогах, тематических группах, обсуждениях и на различных сайтах, а под дедлайном – крайний срок, к которому должно быть выполнено то или иное действие, например сделан заказ.

### **Материал и методы**

С целью изучения возможностей определения личностных особенностей пользователя при помощи анализа аккаунтов социальных сетей было организовано пилотное исследование, позволившее собрать данные 2 способами: с помощью опроса респондентов и в результате обработки личных страниц указанных респондентов в социальной сети «В контакте». В исследовании приняли участие 110 студентов вузов Санкт-Петербурга со средним возрастом ( $20,3 \pm 1,6$ ) года. Девушек было 66,4 %, юношей – 33,6 %.

Проанализировали и идентифицировали согласно разработанной классификации 2906 постов, опубликованных пользователями за 6 мес до проведения тестирования. В исследовании для идентификации постов при-

меняли разработанную авторами ранее 2-уровневую классификацию постов, 1-й уровень которой содержит 3 атрибута: информационный, эмоциональный и побудительно-деятельностный [6]. Такая классификация не только проще воспринимается, но и позволяет сформулировать более четкие критерии классификации для экспертов, что увеличивает согласованность даваемых ими оценок

Атрибуты бинарные («является» – «не является»), их значения могут произвольно комбинироваться. Один и тот же пост может быть одновременно информационным, эмоциональным и побудительным. Например, пост «Я учусь в самой лучшей школе танцев! Каждое занятие вызывает у меня массу положительных эмоций! Я выхожу с занятия счастливая и окрыленная! Завтра в нашей школе открытый мастер-класс. Приходите! Доставьте себе минуты радости и поднимите настроение!» может быть одновременно отнесен к этим 3 категориям: информационный, эмоциональный (позитивный), побудительный (побудительный к действию).

Дизайн исследования не предполагал сбора и обработки конфиденциальной информации с персональных страниц участников исследования в социальных сетях. В исследовании учитывали ту информацию, которую пользователи социальных сетей сделали открытой и общедоступной до начала исследования. Вместе с тем у участников исследования запрашивали устное согласие на сбор и обработку такой открытой информации. Согласившиеся участники сообщали адрес их страниц в социальных сетях. Организация этого исследования позволяла сопоставить характеристики контента, опубликованного на страницах респондентов в социальных сетях, с их ответами на анкету и личностными особенностями, определенными при помощи психологических тестов:

- методики ценностных ориентаций Ш. Шварца (МЦО);
- 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла (16 ФЛО), форма А;
- опросника «Индекс жизненного стиля» Келлермана–Плутчика (ИЖС).

Статистическая обработка результатов включала в себя расчет первичных статистик (частота встречаемости, средние значения различных характеристик, их минимальное и максимальное значения), корреляционный анализ, а также применение критерия  $\chi$ -квадрат и t-критерия Стьюдента для выявления различий между подгруппами.

## Результаты и их анализ

Исследование показало, что среднее число постов респондента за указанные полгода составило  $26,4 \pm 3,9$  (минимальное – 0, максимальное – 318). То есть, пользователь социальной сети исследуемого возраста публикует в среднем один пост в 6-7 дней. Зная среднюю частоту публикации постов, а также величину отклонений от нее в конкретный период времени, можно обоснованно предполагать наличие или отсутствие в таком периоде значимых для личности событий или перемен.

Посты по новым классам и подклассам, выделенным в классификации, распределяются следующим образом (в процентах от всех размещенных постов, в скобках представлен диапазон от минимального до максимального значения):

- информационный –  $67,5 \pm 3,2$  (0–100):
  - формальный/статистический –  $12,3 \pm 1,7$  (0–83);
  - событийный –  $6,2 \pm 1,4$  (0–100);
  - личный –  $28,0 \pm 2,9$  (0–100);
  - интеллектуально-«рассуждательский»/цитатный –  $11,1 \pm 1,7$  (0–100);
  - ссылочный (только ссылка) –  $9,5 \pm 1,7$  (0–100);
  - кулинарный (кулинарные рецепты) –  $0,9 \pm 0,8$  (0–89);
- эмоциональный –  $27,8 \pm 2,3$  (0–100):
  - позитивный –  $22,1 \pm 2,1$  (0–100);
  - негативный –  $3,7 \pm 0,7$  (0–43);
  - поздравительный –  $1,7 \pm 0,5$  (0–40);
- побудительно-деятельностный –  $10,9 \pm 1,9$  (0–100):
  - благотворительный –  $0,7 \pm 0,3$  (0–24);
  - продающий –  $1,9 \pm 1,0$  (0–100);
  - побудительный к действию –  $8,5 \pm 1,7$  (0–100).

Были учтены и нетекстовые посты:

- фото –  $60,0 \pm 3,0$  (11–100);
- аудио –  $12,8 \pm 2,0$  (0–100);
- видео –  $9,2 \pm 1,8$  (0–100).

Полученные в этом исследовании данные согласуются с распределением по постам, которые были получены в предыдущих исследованиях, проведенных авторами в 2013–2014 гг. [6, 5]. Обращает внимание, что информационные посты публикуются чаще других постов и намечается тенденция к увеличению информационных постов. Несмотря на кажущуюся насыщенность социальных сетей негативными эмоциями [1], анализ пока-



зывает, что эмоциональных негативных постов в среднем набирается меньше 4 %, максимальное число негативных постов не превышает  $\frac{1}{3}$  от всех постов и эта тенденция сохраняется. С одной стороны, это наблюдение свидетельствует в пользу более осторожного отношения к так называемым «экспертным» оценкам состояния блогосферы, а с другой стороны, оно говорит о том, что эффект от негативного контента может оказаться несоизмеримо более заметным, чем его относительная доля в общем объеме информации.

Выявлено определенное гендерное смещение в тематике постов: девушки чаще публикуют личный пост, эмоциональный, позитивный; юноши чаще публикуют благотворительные посты и посты с видео.

В выборке присутствовали представители разных направлений обучения: государственное и муниципальное управление (41,8 %), экономика (25,5 %), киномеханики (9,1 %), естественно-научное направление (8,2 %), психология (8,2 %), гуманитарное направление (7,3 %).

Представители разных направлений демонстрируют свои особенности по размещению постов на своих страницах. Больше всего постов размещают на своей странице студенты, обучающиеся по направлению «Психология», –  $(48,6 \pm 12,1)$  %, меньше всего постов размещают студенты, обучающиеся по направлению «Государственное и муниципальное управление», –  $(17,1 \pm 3,2)$  %.

У студентов, обучающихся по направлению «Экономика», информационных постов присутствует меньше –  $(39,1 \pm 5,1)$  %, чем у студентов других направлений. Будущие киномеханики предпочитают размещать событийные посты –  $(16,3 \pm 8,0)$  % больше, чем студенты других направлений, а вот личные посты чаще встречаются у студентов направления «Государственное и муниципальное управление» –  $(42,5 \pm 6,0)$  %.

По размещению эмоциональных постов студенты направления «Психология» и других гуманитарных отраслей науки превосходят студентов остальных направлений, соответственно –  $(49,7 \pm 4,5)$  и  $(50,0 \pm 10,0)$  %.

Психологи статистически достоверно чаще размещают позитивно окрашенные посты, а студенты гуманитарного направления – негативно эмоционально окрашенные посты, соответственно –  $(38,1 \pm 5,6)$  и  $(13,0 \pm 4,8)$  %. Студенты гуманитарного направления чаще других размещают благотворительные посты –  $(3,5 \pm 1,8)$  %, но реже побудительные к действию посты, студенты направления «Экономика» –  $(2,3 \pm 1,2)$  % и студенты направления «Государственное и муниципальное управления» –  $(2,6 \pm 2,2)$  % чаще других размещают рекламные посты, имеющие цену.

Одной из задач, поставленной в ходе исследования, было установить психологические особенности пользователей, которые размещают в качестве аватара не свою фотографию или фотографию себя с кем-то (другом, подругой, значимым лицом). В таблице представлены сведения только по статистически значимым различиям.

Психологические особенности пользователей по отношению к типу изображения на аватаре аккаунта (попарные сравнения)

Показатель (психологическая методика)	Тип изображения на аватаре аккаунта			p < 0,05
	своя фото- графия (1)	фотография с кем-то (2)	не своя фо- тография (3)	
Самостоятельность на уровне нормативных идеалов (МЦО), ранг	3,5 ± 0,2	5,1 ± 0,7	3,1 ± 0,6	1/2; 2/3
Приоритет достижения (МЦО), ранг		3,7 ± 0,6	5,9 ± 0,7	2/3
Приоритет власти (МЦО), ранг		5,7 ± 0,5	8,2 ± 0,6	2/3
Общительность (фактор А, 16 ФЛО), стены	6,0 ± 0,2	6,6 ± 0,5	4,7 ± 0,8	1/3; 2/3
Социальная нормативность (фактор G, 16 ФЛО), стены	5,5 ± 0,2	6,8 ± 0,5	3,9 ± 0,5	1/2; 1/3; 2/3
Смелость (фактор Н, 16 ФЛО), стены	6,4 ± 0,2	6,4 ± 0,5	4,1 ± 0,7	1/3; 2/3
Дипломатичность (фактор N, 16 ФЛО), стены	5,4 ± 0,2	5,4 ± 0,6	3,2 ± 0,5	1/3; 2/3
Независимость (фактор Q2, 16 ФЛО), стены	5,5 ± 0,2	4,9 ± 0,5	6,8 ± 0,8	1/3; 2/3
Вытеснение (ИЖС), %	28,2 ± 2,2	27,0 ± 4,5	59,9 ± 10,0	1/3; 2/3

На основании полученных результатов вырисовываются психологические портреты пользователей с разными видами аватара. Пользователи, которые на аватаре помещают фотографию себя с кем-то, можно охарактеризовать как людей, для которых самостоятельность на уровне нормативных идеалов не является важной, а важным оказывается достижение на уровне индивидуальных авторитетов. Размещение фотографии с кем-то подчеркивает значимость пользователя, поскольку размещают, как правило, фотографию с другом или подругой, подчеркивая приобретение определенного социального статуса, что является важным в студенческом возрасте, или фотографию себя со значимым, известным человеком, например с известным медийным лицом или политиком. Такие люди отличаются повышенной общительностью, социальной нормативностью, склонностью к конформизму (см. таблицу).

Студенты, которые размещают в качестве аватара не свою фотографию, демонстрируют пониженные социальные нормативность и смелость,

низкую дипломатичность, повышенную независимость и высокое вытеснение как механизм психологической защиты. Другими словами, получается, что при общении с пользователями с групповой фотографией нужно делать упор на их социальные потребности, потребности в принадлежности и социальном признании. При общении с пользователями, которые используют не свою фотографию, стоит учитывать стремление к индивидуальности и непохожести на других.

*Взаимосвязь личностных особенностей и типов размещаемых постов.* На основании проведенного корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между личностными особенностями и типами постов, которые размещаются на странице. С учетом того, что такая взаимосвязь существует, изучение страниц в социальных сетях может стать инструментом экспресс-диагностики, чтобы составить первое представление о личности до начала общения. Описание взаимосвязей будем вести по типам постов. Это даст возможность лучше сориентироваться: если у пользователя преобладают (или существенно превышают средние значения) посты некоего типа, то можно предполагать выраженность соответствующих качеств.

Число размещаемых постов отрицательно взаимосвязано с показателями интеллекта по фактору В 16 ФЛЮ ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ) и доминантностью по фактору Е 16 ФЛЮ ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ) и положительно связано с гедонизмом ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ) как ценностной ориентацией на уровне личного поведения. Другими словами, можно сказать, что молодые люди с невыраженным интеллектуальным уровнем, не стремящиеся к выработке собственного мнения, но стремящиеся к удовольствиям и развлечениям, будут склонны размещать большее число постов.

По информационным постам выявлены как общие взаимосвязи, так и взаимосвязи, присущие только юношам или только девушкам. Для всех обследуемых выявлены положительные взаимосвязи информационных постов с возрастом ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,01$ ), мечтательностью по фактору М 16 ФЛЮ ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ) и экспериментированием по фактору Q1 16 ФЛЮ ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ), отрицательные – с гедонизмом как ценностной ориентацией на уровне идеалов ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ). Это значит, что информационные посты размещают пользователи более старшего возраста, со склонностью к мечтательности и экспериментированию, но не считающие удовольствие, наслаждения важной ценностью в жизни.

Девушки, размещающие информационные посты, кроме того, не считают важной ценностью традиции, сложившиеся в обществе ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ), демонстрируют серьезность и рациональность в подходе к жизни

(взаимосвязь с экспрессивностью по фактору F 16 ФЛО,  $r = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ). Юноши среди особых взаимосвязей демонстрируют важность для них универсализма ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$ ) и безопасности ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,05$ ) как ценностных ориентаций на уровне поведения и неважность для них удовольствий и развлечений как ценностных ориентаций ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,05$ ).

Среди подклассов информационных постов наиболее интересные сведения содержат событийный и личный. Повышенная интенсивность размещения событийных постов отрицательно связана с гедонизмом ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ) и достижением как ценностной ориентацией ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), доминантностью по фактору E 16 ФЛО ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), экспрессивностью по фактору F 16 ФЛО ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ) и напряженностью по фактору Q4 16 ФЛО ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ). То есть можно предположить, что пользователи, размещающие событийные посты, не считают важным достижения в своей жизни и получение удовольствия, рассматривают жизнь скорее серьезно и безрадостно, не стремятся навязывать свое мнение и не имеют ярко выраженной цели в жизни. Юноши, кроме того, демонстрируют важность для них доброты, универсализма, признания права других людей на свою точку зрения. Личный пост больше характерен для девушек более старшего возраста ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ), с пониженной общительностью по фактору A 16 ФЛО ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,01$ ) и дипломатичностью по фактору N 16 ФЛО ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,01$ ) и имеющих склонность к экспериментированию по фактору Q1 16 ФЛО ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ).

Размещение эмоциональных постов положительно связано с самостоятельностью как ценностной ориентацией ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ), а отрицательно – с важностью власти для пользователя ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ) и незначимостью социальных норм ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). Обратим особое внимание на эмоционально негативный пост. Размещение эмоционально негативного поста связано с повышенной чувствительностью, художественным восприятием мира по фактору I 16 ФЛО ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,05$ ) и действием двух механизмов психологической защиты: вытеснением ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ) и рационализацией ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ). Эмоционально негативные посты являются своего рода способом облегчения своего состояния в проблемной ситуации. Они помогают забыть негативную жизненную ситуацию или найти ей удобное для себя объяснение.

Среди побудительно-деятельностных постов рассмотрим благотворительный пост и побуждающий к действию. Благотворительный пост склонны размещать пользователи, для которых важны новизна и стимуляция в жизни как ценностная ориентация ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), но при этом у них по-

ниженная общительность по фактору А 16 ФЛО ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ), нежелание отстаивать свое мнение ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ) и отсутствие ярко выраженных целей ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ). Побудительные к действию посты размещают пользователи, для которых власть ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ) и достижения в жизни ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,05$ ) являются ценностью, а безопасность ценностью не является ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ), это лица с повышенной напряженностью, наличием цели и тревожностью по фактору Q4 16 ФЛО ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

Отдельно стоит сказать о том, какую информацию имеет наличие на странице фото- или аудиоконтента. Повышенная интенсивность размещения фото на странице может говорить о низкой важности безопасности как ценности ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ), несклонности к экспериментированию по фактору Q1 16 ФЛО ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ) и зависимости от мнения группы по фактору Q2 16 ФЛО ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ). Наличие аудиопостов, наоборот, говорит о стремлении пользователя заявить о своей независимости (по фактору Q2 16 ФЛО ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ )).

### **Заключение**

Посты в социальных сетях – один из видов «цифровых следов», которые оставляют пользователи и к которым относительно легко получить доступ. Вместе с тем посты каждого отдельного пользователя и некоторые другие характеристики его аккаунта представляют собой достаточно содержательную систему, в которой проявляются когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты общения и которая отражает или преломляет самые разные аспекты его деятельности. Таким образом, эта система становится достаточно значимым объектом исследований для психологических наук, а также источником сведений для развития методов экспресс-диагностики при психотерапии, организации образовательного процесса, выстраивании отношений в сложных ситуациях. Также этот метод может быть использован для мониторинга изменения настроения больших социально-значимых групп.

В частности, в настоящей работе представлены выявленные взаимосвязи между типами размещенных на странице пользователя постов и психологическими особенностями. Среди связей особо хочется выделить, что, например, информационные посты размещают пользователи более старшего возраста, со склонностью к мечтательности и экспериментированию, но не считающие удовольствие и наслаждения важной ценностью в жизни, а размещение эмоционально негативного поста связано с повышенной чувствительностью, художественным восприятием мира и действием двух ме-

ханизмов психологической защиты: вытеснение и рационализация, то есть эмоционально негативные посты являются способом облегчения своего состояния в проблемной ситуации. Кроме того, стоит обратить внимание, что и размещение изображения на аватаре также может дать дополнительную информацию о пользователе. В целом знание таких особенностей позволяет более рационально или более целенаправленно получить первоначальную информацию о пользователе и составить предварительное представление о его личностных особенностях без личного контакта с человеком.

Отметим, что психологи накопили достаточно богатый диагностический инструментарий, но его нельзя применить в онлайн-исследованиях, не делая их чрезмерно дорогими. Вместе с тем нарастает число онлайн-исследований, одним из выходов которых являются так называемые «большие данные». Однако пока эти большие данные неинтерпретируемы или плохо интерпретируемы, т. к. требуют увязки с традиционными психологическими исследованиями. Описанное исследование как раз и является одним из «мостиков», которые должны в конце концов обеспечить активное использование социальных сетей в диагностических целях.

### Литература

1. Андреева О.С., Андреев Е.С. Особенности представлений о коммуникации у студентов, зависящих от социальных сетей // Вестн. Тюмен. гос. ун-та. – 2009. – № 5. – С. 138–142.
2. Магомедова С.З., Камилова Р.Ш. Влияние социальных сетей // Междунар. науч.-исслед. журн. – 2013. – № 6–3 (13). – С. 87–88.
3. Садыгова Т.С. Социально-психологические функции социальных сетей // Вектор науки Тольят. гос. ун-та. – Сер.: Педагогика, психология. – 2012. – № 3. – С. 192–194.
4. Тихонов О.В. Социальные сети как пространство самопрезентации индивида // Вестн. Казан. технол. ун-та. – 2012. – Т. 15, № 22. – С. 196–198.
5. Тулупьева Т.В., Суворова А.В., Азаров А.А. [и др.]. Возможности и опыт применения компьютерных инструментов в анализе цифровых следов студентов-пользователей социальной сети // Компьютерные инструменты в образовании. – 2015. – № 5. – С. 3–13.
6. Тулупьева Т.В., Тулупьев А.Л., Ющенко Н.А. Проявление ценностных ориентаций пользователей социальных сетей в контенте персональных страниц (на примере сети «В контакте») // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 37–50.
7. Шахмартова О.М., Болтага Е.Ю. Психологические аспекты общения в социальных сетях виртуальной реальности // Изв. Пенз. гос. пед. ун-та им. В.Г. Белинского. – 2011. – № 24. – С. 1002–1008.
8. Щebetенко С.А. Большая пятерка черт личности и активность пользователей в социальной сети «В контакте» // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. – Сер.: Психология. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 73–83.

Статья содержит материалы исследований, частично поддержанных грантом РФФИ 14-07-00694-а «Методология интеллектуального поиска маркеров в Интернет-контенте». Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 24.05.2016

**Для цитирования.** Тулупьева Т.В., Тафинцева А.С., Тулупьев А.Л. Подход к анализу отражения особенностей личности в цифровых следах // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 124–137.

---

## AN APPROACH TO THE ANALYSIS OF PERSONAL TRAITS REFLECTION IN DIGITAL TRACES

**Tulupyeva T.V.<sup>1,2,3</sup>, Tafintseva A.S.<sup>3</sup>, Tulupjev A.L.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State University

(Univesitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup>Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (14-th Line, 39, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup>North-West Institute of Management of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Sredniy Ave., 57, St. Petersburg, Russia)

✉ Tatiana Valentinovna Tulupyeva – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. Saint-Petersburg State University (Univesitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia); Senior Research Fellow of Laboratory, Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (14-th Line, 39, St. Petersburg, 199178, Russia); Associate Prof. North-West Institute of Management of The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Sredniy Ave., 57, St. Petersburg, 199178, Russia), e-mail: tvt100a@mail.ru;

Anastasiya Stanislavovna Tafintseva – student, North-West Institute of Management of The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Sredniy Ave., 57, St. Petersburg, 199178, Russia), e-mail: stasya795@gmail.com;

Alexander Lvovich Tulupjev – Dr. Physical and Mathematical Sci. Associate Prof., Head of Laboratory, Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (14-th Line, 39, St. Petersburg, 199178, Russia); Prof. Saint-Petersburg State University (Univesitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: alexander.tulupjev@gmail.com.

**Abstract.** The article considers approach to preliminary express-diagnostics of user's psychologic features by analyzing his digital traces. Term «digital traces» is used for denoting information that a user publishes at his personal profile in social networks. The research covers 110 respondents (students of Saint Petersburg higher education institutions), average age ( $20.3 \pm 1.6$ ) years, female – 66.4 %, male – 33.6 %. During the research 2906 posts, published over last 6 months prior to testing,

were analyzed and identified. A special two-level classification, developed by authors earlier, was used for posts' identification. The first level of classification contains three attributes: cognitive, emotional, imperative operational. The article deals with revealed correlations between types of posts published and psychologic features of social network account user. The offered approach could become a source of data for developing express-diagnostic methods used in psychotherapy, mastering of educational process, building up relationships in complex situations. Also the approach could be applied for monitoring of mood changes of large socially important groups.

**Keywords:** social psychology, social networks, digital traces, post classification, psychodiagnostics, personal traits, value orientations.

### References

1. Andreeva O.S., Andreev E.S. Osobennosti predstavlenii o kommunikatsii u studentov, zavisimykh ot sotsial'nykh setei [The specifics of communicative conceptions of students with social networks addiction]. *Vestnik Tyumenskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tyumen State University Herald]. 2009. N 5. Pp. 138–142. (In Russ.)
2. Magomedova S.Z., Kamilova R.Sh. Vliyanie sotsial'nykh setei [Influence of the social networks]. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal* [International Research J.]. 2013. N 6-3. Pp. 87–88. (In Russ.)
3. Sadygova T.S. Sotsial'no-psikhologicheskie funktsii sotsial'nykh setei [Social and psychological function social networks]. *Vektor nauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psikhologiya* [Vector of Science of Togliatti State University. Series: Pedagogy, Psychology]. 2012. N 3. Pp. 192–194. (In Russ.)
4. Tikhonov O.V. Sotsial'nye seti kak prostranstvo samoprezentatsii individa [Social networks as a space of individual's self-representation]. *Vestnik Kazanskogo tekhnologicheskogo universiteta* [The Herald of Kazan Technological University]. 2012. Vol. 15, N 22. Pp. 196–198.
5. Tulupyeva T.V., Suvorova A.V., Azarov A.A. [et al.]. Vozmozhnosti i opyt primeneniya komp'yuternykh instrumentov v analize tsifrovyykh sledov studentov-pol'zovatelei sotsial'noi seti [Computer tools in the analysis of students' digital footprints in social network: possibilities and primary results]. *Komp'yuternye instrumenty v obrazovanii* [Computer Tools in Education]. 2015. N 5. Pp. 3–13. (In Russ.)
6. Tulupyeva T.V., Tulupyev A.L., Yushchenko N.A. Proyavlenie tsennostnykh orientatsii pol'zovatelei sotsial'nykh setei v kontente personal'nykh stranits (na primere seti «V kontakte») [Social networks users' value orientations expression in personal pages content (based on "V Kontakte" network)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 52. Pp. 37–50. (In Russ.)
7. Shakhmartova O.M., Boltaga E.Yu. Psikhologicheskie aspekty obshcheniya v sotsial'nykh setyakh virtual'noi real'nosti [Psychological aspects of communication in the social networks of «virtual reality»]. *Izvestiya Penzenskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni V.G. Belinskogo* [Herald of Penza State Pedagogical University named after V.G. Belinsky]. 2011. N 24. Pp. 1002–1008. (In Russ.)
8. Tshebetenko S.A. Bol'shaya pyaterka chert lichnosti i aktivnost' pol'zovatelei v sotsial'noi seti «V kontakte» [Big five and usage of the “vk” online social network]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Psychology]. 2013. Vol. 6, N 4. Pp. 73–83. (In Russ.)



Received 24.05.2016

**For citing.** Tulupyeva T.V., Tafintseva A.S., Tulupyev A.L. Podhod k analizu otrajeniya osobennosti lichnosti v tsifrovyyh sledah. Vestnik psikhoterapii. 2016. N 60. Pp. 124–137. (In Russ.)

Tulupyeva T.V., Tafintseva A.S., Tulupyev A.L. An approach to the analysis of personal traits reflection in digital traces. The Bulletin of Psychotherapy. 2016. N 60. Pp. 124–137.

УДК 159.9 : 618.5-089.888.61

**И.А. Горьковая, А.В. Микляева,  
М.А. Коргожа**

### **СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ПЛАНОВУЮ И ЭКСТРЕННУЮ ОПЕРАЦИЮ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2);  
Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48)

Представлены результаты исследования динамики качества жизни женщин, перенесших плановую и экстренную операцию кесарева сечения, в третьем триместре беременности и в послеродовом периоде. Выявлено значительное снижение показателя ролевого функционирования, которое обусловлено менее благополучным эмоциональным состоянием в третьем триместре беременности женщин, - ожидающих плановую операцию кесарева сечения. Определено, что наименее благоприятная динамика показателей физического и психического компонентов здоровья наблюдается в выборке женщин, перенесших плановую операцию кесарева сечения. В ходе проведения полуструктурированного интервью (на 2-3-и сутки после операции) были выявлены «мишени» психологическо-

---

✉ Горьковая Ирина Алексеевна – д-р психол. наук проф., зав. каф. психосоматики и психотерапии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2); проф. каф. психологии человека, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 181186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: iralgork@mail.ru;

Микляева Анастасия Владимировна, д-р психол. наук, проф. каф. психологии человека, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 181186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: a.miklyaeva@gmail.com;

Коргожа Мария Александровна – аспирант кафедры психосоматики и психотерапии, каф. психосоматики и психотерапии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2), e-mail: korgozha\_m.a@mail.ru.

го консультирования родильниц в зависимости от порядка проведения родоразрешающей операции. Женщины, перенесшие плановую операцию кесарева сечения, были более эмоционально устойчивы, и их беспокойство за здоровье ребенка значительно превышало страх собственного соматического неблагополучия. Женщины, перенесшие экстренную операцию кесарева сечения, испытывали высокий уровень тревоги и ощущали утрату субъективного контроля над ситуацией и собственными эмоциями. На основе полученных данных сформулированы рекомендации по организации психологического сопровождения женщин на поздних сроках беременности и в послеродовом периоде, а также описан опыт оказания психологической помощи женщинам, перенесшим операцию кесарева сечения, в раннем послеродовом периоде.

Ключевые слова: психологическая помощь, беременность, патология родов, родовспоможение, кесарево сечение, качество жизни, перинатальная психология.

### **Введение**

На современном этапе развития акушерства и гинекологии в различных странах четко проявляется тенденция увеличения количества родоразрешений посредством кесарева сечения. Формирование готовности женщины к родам или операции кесарева сечения подчинено определенной динамике изменения ее психофизиологического состояния в течение всего периода беременности и имеет непосредственное влияние на изменения физического, ролевого и социального функционирования женщины после родов.

Изменение качества жизни (КЖ) женщины в течение беременности играет существенную роль в формировании материнства как части личностной сферы женщины, что является особо значимым при подготовке ее к операции кесарева сечения [7]. Опыт зарубежных исследований показал, что кесарево сечение увеличивает срок послеродовой депрессии у женщин [8]. Изучение КЖ женщин в период беременности и анализ динамики его изменений позволит построить адекватную модель психопрофилактической подготовки к родам и операции кесарева сечения, включающую в себя психологическую помощь после проведения родоразрешающей операции.

Тема специфики эмоционального состояния женщин и их актуальных переживаний в послеродовом периоде вызывает интерес среди специалистов смежных специальностей, таких как акушерство, гинекология, анестезиология, психиатрия, перинатальная медицина и психология. Выделение перинатальной психологии как самостоятельного раздела перинатологии было осуществлено лишь 1980-х годах, когда решение вопросов динамики психического и психологического развития системы «мать–

дитя» очевидно стало выходить за рамки акушерско-гинекологического научного знания [3].

За последние годы наблюдается повышенный интерес специалистов в области перинатальной психологии к вопросам психологической подготовки женщины к естественным родам и операции кесарева сечения. В 2015 г. в России частота абдоминального родоразрешения в разных учреждениях страны составляла от 24 до 67 % и зависела от уровня и профиля медицинской помощи [6]. Увеличение частоты операции кесарева сечения долгие годы позволяло значительно уменьшать перинатальные потери. Однако дальнейший рост частоты этой операции стал увеличивать материнскую заболеваемость и смертность [2].

Готовясь к плановой операции кесарева сечения, беременные женщины находятся в противоречивом информационном пространстве, искажающем их представления о преимуществах, недостатках и последствиях операции в сравнении с родами через естественные родовые пути, что влияет на формирование психологической готовности к родоразрешению. Ведущие специалисты в области перинатальной психологии рассматривают операцию кесарева сечения как стрессовую ситуацию, увеличивающую риск возникновения тревожно-депрессивной симптоматики, эмоциональной лабильности и появления навязчивых страхов [4,9,10]. В то время как широкий интерес и популярность курсов дородовой подготовки и школ родительства в России с каждым годом увеличивается [3], проблема оказания эффективной психологической помощи женщинам в ранний послеродовой период слабо освещена, что и обуславливает актуальность изучения данной темы.

*Цель исследования* – изучение особенностей эмоционального состояния и динамики КЖ женщин в 3-м триместре беременности и в послеродовом периоде, в связи определением специфики психологической помощи женщинам, перенесших операцию кесарева сечения.

### **Материал и методы**

Провели анализ медицинской документации 92 женщин, из них 44 перенесли плановую операцию кесарева сечения (1-я группа), 48 – экстренную операцию кесарева сечения (2-я группа). Во всех случаях родоразрешение происходило при доношенной беременности, ребенок (дети) характеризовался как соматически здоровый (7–9 баллов по шкале Апгар на 5-й минуте жизни).

Участники исследования, являясь пациентами перинатального центра, подписывали информированное добровольное согласие на выполнение медицинского вмешательства, в котором давали свое письменное разрешение использовать личные данные, в том числе медицинскую документацию, связанную с их лечебным процессом, для научных и образовательных целей.

В качестве основного метода сбора эмпирических данных использовался опросник «Оценка качества жизни» SF-36 [11] в адаптации сотрудников Санкт-Петербургского института клинико-фармакологических исследований [5]. Женщины заполняли опросник SF-36 в период 3-го триместра беременности (34–35 гестационные недели) и через 6 недель после родов.

На 2-3-и сутки после операции кесарева сечения с каждой участницей исследования проводили полуструктурированное интервью, направленное на выявление особенностей эмоционального состояния и актуальных переживаний после родоразрешения. В процессе интервью обсуждали следующие темы: а) впечатления женщины от исхода беременности и родоразрешения; б) самооценка женщиной актуального эмоционального состояния после операции кесарева сечения; в) страхи женщины; г) планирование событий и жизненных изменений в перспективе.

При статистической обработке данных использовали t-критерий Стьюдента для независимых (расчет различий между группами сравнения) и зависимых (расчет различий между двумя замерами внутри каждой группы сравнения) выборок, расчет которого производился с помощью пакета прикладных программ «Statistica 12.0».

### **Результаты и их анализ**

Полученные результаты оценки КЖ женщин в 3-м триместре беременности демонстрируют разницу между средними значениями показателей «физического компонента здоровья» и «психического компонента здоровья» в группах женщин, перенесших плановую и экстренную операции кесарева сечения (табл. 1).

Наиболее низкие показатели физического и психического компонентов здоровья были выявлены в 1-й группе женщин, у которых предполагается проведение плановой операции кесарева сечения – ( $43,4 \pm 9,5$ ) и ( $48,9 \pm 10,8$ ) балла соответственно. Данная особенность может быть обусловлена тем, что ожидание кесарева сечения на этапе беременности выступает фактором, субъективно ухудшающим физическое самочувствие женщины: в

ожидании планового кесарева сечения, женщина начинает замечать больше соматических проблем и ограничений.

Таблица 1

Показатели КЖ по шкалам опросника SF-36 у женщин, перенесших операцию кесарева сечения, ( $M \pm \sigma$ ) балл

Показатель	Период обследования			
	3-й триместр беременности		через 6 нед после родов	
	Группа			
	1-я	2-я	1-я	2-я
Физическое функционирование (PF)	50,2 ± 29,2	60,4 ± 24,3	92,5 ± 12,0	89,1 ± 20,1
Ролевое (физическое) функционирование (RP)	33,0 ± 36,9	42,2 ± 39,3	75,0 ± 36,6	83,3 ± 29,8
Боль (P)	74,9 ± 27,8	71,2 ± 23,6	87,3 ± 25,8	88,1 ± 22,2
Общее здоровье (GH)	77,1 ± 14,7	78,3 ± 12,8	86,4 ± 13,1	87,7 ± 11,8
Жизненная активность (VT)	60,8 ± 18,6	63,5 ± 16,4	74,9 ± 18,4	76,4 ± 16,0
Социальное функционирование (SF)	71,9 ± 26,4	77,6 ± 22,9	92,9 ± 16,5	94,3 ± 13,6
Эмоциональное функционирование (RE)	61,0 ± 41,6	79,9 ± 32,9	82,6 ± 31,7	86,1 ± 30,6
Психологическое здоровье (MH)	74,7 ± 16,9	77,8 ± 12,6	86,2 ± 12,1	87,9 ± 8,1
Физический компонент здоровья (PH)	43,4 ± 9,5	45,1 ± 8,1	56,0 ± 7,1	56,4 ± 8,1
Психический компонент здоровья (MH)	48,9 ± 10,8	52,0 ± 8,4	55,8 ± 8,3	57,0 ± 6,5

При более детальном анализе факторов, определяющих обобщенный показатель физического компонента здоровья, обращает на себя внимание тот факт, что в обеих группах сравнения в 3-м триместре беременности снижаются, прежде всего, показатели физического и ролевого функционирования КЖ. Женщины отмечают сокращение физической активности, которое связано с ухудшением самочувствия и ограничивает выполнение повседневных обязанностей на привычном уровне. Необходимо отметить, что на фоне сниженного показателя физического функционирования у женщин, готовящихся к операции кесарева сечения, оценка собственного здоровья не существенно отличается от значений данного показателя в группе женщин, перенесших экстренную операцию кесарева сечения. Данная особенность может указывать на то, что на фоне относительно положительного соматического состояния беременные женщины, готовящиеся к плановой операции кесарева сечения, не удовлетворены собственным физическим функционированием и субъективно считают его неблагопо-

лучным по сравнению с периодом до беременности и в сравнении с людьми из ближайшего окружения.

Достоверные различия показателей КЖ выявлены в группах женщин только по данным «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ( $t$ -Стьюдента = 2,35;  $p < 0,03$ ). Полученные результаты дают основание утверждать, что женщины, ожидающие плановую операцию кесарева сечения, находятся в менее благополучном эмоциональном состоянии на 3-м триместре беременности по сравнению с женщинами, которые не предполагают, что их роды могут завершиться операцией.

Таким образом, нами был сделан вывод о том, что женщины, готовящиеся к операции кесарева сечения, нуждаются в психологическом сопровождении до операции и в раннем послеродовом периоде, с целью оказания необходимой психологической помощи и предотвращения развития невротической симптоматики.

Для выявления динамики КЖ испытуемым была повторно предложен опросник SF-36 через 6 недель после родов после завершения акушерского периода. По результатам сравнения комплекса показателей, формирующих физический и психический компоненты здоровья в 3-м триместре и через 6 недель после родов (см. табл. 1), были выявлены достоверные различия по всем показателям внутри каждой группы ( $p < 0,001$ ). Полученные результаты свидетельствуют о выраженной положительной динамике «физического и психического компонентов здоровья» женщин после рождения ребенка. При этом наиболее яркие положительные изменения претерпевают показатели «физического функционирования».

Воспользовавшись сведениями о нормативных значениях показателей опросника SF-36, полученных на выборке российских женщин [1], можно отметить, что в 3-м триместре беременности усредненный показатель физического компонента здоровья стремится к нижней границе нормативного диапазона, тогда как через 6 недель после родоразрешения – к верхней. Усредненный показатель психического компонента здоровья при наличии статистически значимой положительной динамики, тем не менее, изменяется в меньшей степени и в обоих замерах устойчиво находится в границах нормативного диапазона. На основе этих результатов можно сделать вывод о том, что именно психический компонент здоровья может рассматриваться как важнейший ресурс поддержания КЖ женщины в 3-м триместре беременности на фоне объяснимо ухудшающегося физического самочувствия. Несмотря на очевидные различия обеих групп по всем показателям по первичному исследованию в 3-м триместре беременности, че-

рез 6 недель после рождения ребенка показатели физического и психического компонентов здоровья по всем группам сравнения в целом выравниваются.

Для выявления актуальных переживаний у женщин, перенесших операцию кесарева сечения, и для определения проблемных полей в консультировании на 2-3-и сутки после операции (после перевода из реанимации на отделение совместного пребывания с ребенком) проводилось полуструктурированное интервью. Описание участницами исследования своих актуальных эмоций и переживаний давало возможность определить уровень эмоционального напряжения и выявить наличие фрустрации от амбивалентных чувств к ребенку (от полного его «принятия» до «обвинения в своих страданиях»), к родным, в первую очередь к мужу («родила ребенка для него», «они не могут понять, что я испытала»). Несмотря на наличие общих тем, обсуждаемых в полуструктурированном интервью, были выделены некоторые особенности актуальных переживаний женщин, перенесших операцию кесарева сечения в плановом и экстренном порядке (табл. 2).

Таблица 2

Особенности актуальных переживаний женщин, перенесших операцию кесарева сечения, по данным полуструктурированного интервью

Тема интервью	Группа	
	1-я	2-я
Впечатления от исхода беременности и родоразрешения	Совпадение ожиданий от операции и раннего послеродового периода. Позитивная оценка полученного опыта	Несовпадение ожиданий от операции и раннего послеродового периода. Негативная оценка полученного опыта
Самооценка актуального эмоционального состояния после операции	Более устойчивое эмоциональное состояние. Низкий уровень фрустрации	Эмоциональная лабильность. Высокий уровень тревоги. Потеря субъективного ощущения контроля над ситуацией
Актуальные страхи и переживания	Беспокойство за здоровье ребенка значительно превышает страх собственного соматического неблагополучия. Страх влияния операции на психофизиологическое развитие ребенка	Страх собственного соматического неблагополучия также высоко актуален либо превышает беспокойство за здоровье ребенка. Иррациональное чувство собственной вины в необходимости экстренной операции
Планирование событий и жизненных изменений в будущем	Важность событий в долгосрочной перспективе – первые недели и месяцы после операции	Важность событий в краткосрочной перспективе – выписка и первые дни после операции

Необходимо отметить, что временное изменение гормонального фона на 2-3-и сутки после родов влияло на эмоциональное состояние женщин вне зависимости от типа родоразрешения. Тем не менее, в ходе интервью было выявлено, что в первые дни женщины 2-й группы отмечали у себя эмоциональную лабильность и слезливость, также ощущали потерю субъективного контроля над ситуацией и своими эмоциями.

Отмечено также, что в некоторых отдельных случаях женщины 2-й группы демонстрировали эмоциональную алекситимию с невозможностью прочувствовать и дать адекватную оценку собственному эмоциональному состоянию после родов. Было установлено, что женщины 1-й группы были более эмоционально устойчивы в первые дни после операции, чем женщины 2-й группы. Обсуждая собственные переживания и впечатления от плановой операции кесарева сечения, родильницы уделяли особое внимание тому факту, что самое важное «уже свершилось» и все серьезные страхи «уже позади». В интервью с психологом женщины 2-й группы были акцентированы на обсуждении деталей операции, факторов и причин, которые привели к такому исходу родоразрешения. Важно отметить, что женщины в разной степени испытывали чувство вины и субъективно ощущали свою причастность к возникшей необходимости оперировать их в экстренном порядке.

В структуре страхов женщин 1-й группы был смещен акцент с собственного соматического благополучия на беспокойство за здоровье и благополучие ребенка. Также в ходе интервью было выявлено, что такие женщины ретроспективно отмечали у себя амбивалентное отношение к предстоящей операции на 3-м триместре беременности из-за противоречащих сведений о ней, которые им удавалось найти через средства массовой информации. Таким образом, после родоразрешения для них вновь актуальным становился вопрос об отсроченном влиянии операции на психофизиологическое развитие ребенка и на возможность планирования родов через естественные родовые пути в будущем. Примечательным является то, что женщины 1-й группы - были нацелены на обсуждение в процессе интервью своих планов в долгосрочной перспективе, охватывающей предстоящие события в течение полугода после родов («совместный отпуск с родителями», «занятия фитнесом для восстановления фигуры» и т. д.).

Родильницы 2-й группы, напротив, сосредотачивались на событиях, ожидающихся в ближайшее время («как лучше организовать выписку из роддома», «первое время войти в новый ритм жизни» и т. д.). Опыт проведения полуструктурированного интервью показал, что в течение первых



дней после родов вне зависимости от особенностей родоразрешающей операции женщины начинали беспокоить неизбежность изменения семейной системы (добавление новых ролей родителей) и иррациональные страхи, обусловленные стереотипами идеальной матери.

Полученные в ходе проведения полуструктурированного интервью результаты показали необходимость оказания психологической помощи женщинам, перенесшим операцию кесарева сечения. Цель психологической помощи в послеродовом периоде – стабилизировать и упорядочить эмоциональное состояние женщин, перенесших операцию кесарева сечения. Задачами психологической помощи являлись:

1) создать условия для эмоционального отреагирования стрессовой ситуации родоразрешающей операции и нахождения в отделении реанимации;

2) информировать родильниц о существующих методах саморегуляции и обучить их методам дыхательной релаксации;

3) осуществить поддержку женщины в роли матери на эмоциональном и когнитивном уровнях, в том числе провести ознакомление с особенностями раннего постнатального периода;

4) сформировать психологическую готовность к изменениям в семейной системе;

5) осуществить коррекцию иррациональных страхов, в том числе страх соответствия/несоответствия «идеалам современной матери».

Психологическую работу с родильницами проводили индивидуально. Основной частью оказания психологической помощи женщинам являлось осуществление эмоционального отреагирования стрессовой ситуации операции кесарева сечения и нахождения в отделении реанимации, в условиях принимающей позиции психолога, поощряющей открытое и непосредственное выражение эмоций. При осуществлении психологической работы с женщинами, перенесшими экстренное оперативное вмешательство в родах, особое внимание уделяли принятию самого факта благополучного завершения беременности с акцентом на положительных аспектах пережитого опыта операции.

Информирование участниц программы о существующих методах саморегуляции, обучение их методам дыхательной релаксации, а также осуществление поддержки женщин в роли матери проводили в малых группах, по 2–4 человека, непосредственно в палатах совместного пребывания. Такой подход к оказанию психологической помощи способствовал созданию в палате атмосферы принятия друг друга и организации доверитель-

ной обстановки, в которой родильницы могли поделиться собственными переживаниями и получить взаимную поддержку от женщин, имеющих опыт родов без оперативного вмешательства.

В процессе оказания психологической помощи женщинам, перенесшим плановую операцию кесарева сечения, осуществляли опровержение недостоверных и научно не доказанных сведений о влиянии операции кесарева сечения на эмоциональное развитие ребенка, имеющихся у родильницы. В процессе беседы с психологом дезактуализировали страхи женщин за себя и свое здоровье, за ребенка и его благополучие, а также страхи, связанные с изменениями социальной и внутрисемейной роли. Психологическая работа по формированию готовности к изменениям семейной системы и коррекция страхов, в том числе иррационального страха несоответствия «идеалам современной матери», проводилась с участницами программы индивидуально по запросу в ситуациях актуальности данных тем. Преимуществом оказания такого вида психологической помощи являлось то, что результат ее осуществления виден сразу и выражается в качественном изменении эмоционального состояния родильниц. Показателем ее эффективности также была устойчивая позиция медицинского персонала акушерско-физиологического отделения (послеродового) в отношении исключительной необходимости оказания такого вида помощи всем родильницам, в особенности перенесшим операцию кесарева сечения и находившимся длительное время в отделении реанимации и интенсивной терапии.

### **Заключение**

В результате исследования качества жизни женщин в 3-м триместре беременности было выявлено, что плановая операция кесарева дестабилизирует эмоциональное состояние и в целом снижает показатели физического и психического компонентов здоровья. На основе полуструктурированного интервью были выявлены проблемные поля, указывающие на необходимость оказания психологической помощи женщинам, перенесшим операцию кесарева сечения, в раннем послеродовом периоде. Повторное исследование качества жизни женщин через 6 нед после родов показало необходимость оказания психологической помощи родильницам с созданием возможности отреагирования стрессовой ситуации операции, проработкой иррациональных страхов и обучением методам дыхательной релаксации.

Таким образом, динамика качества жизни родильниц, перенесших операцию кесарева сечения, демонстрирует необходимость психологического сопровождения женщин, готовящихся к плановой операции, во вре-

мая беременности и важность оказания психологической помощи женщинам, перенесшим экстренное оперативное вмешательство в родах, в раннем послеродовом периоде, которая может быть осуществлена в индивидуальной форме и в малых группах.

### Литература

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д. В., Коршунов Н.И. [и др.]. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Науч.-практ. ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–40.
2. Ботоева Е.А., Иванова И.В., Дамбаева А.Р. [и др.]. Кесарево сечение в современном акушерстве // Вестн. Бурят. гос. ун-та. – 2009. – № 12. – С. 72–74.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб. [и др.] : Питер. 2010. – 272 с.
4. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
6. Сарбасова А.Е., Синчихин С.П., Мамиев О.Б. [и др.]. Кесарево сечение в современном акушерстве: эпидемиология, значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии, осложнения // Астрахан. мед. журн. – 2016. – Т. 11, № 2. – С. 57–64.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.
8. Gamble J., Creedy D.K., McCount C. [et al.]. A critique of literature on women's request for cesarean section // Birth. – 2007. – Vol. 34, N 4. – P. 331–340.
9. Hepp D., Hagenbeck C., Burghardt B. [et al.]. Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study // BMC Pregnancy Childbirth. – 2016. – Vol. 16. – P. 113–121.
10. Lanqan R., Goodbred A. Identification and management of peripartum depression // Am. Fam. Physician. – 2016. – Vol. 93, N 10. – P. 852–858.
11. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. [et al.]. The factor structure of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol.* 1998. Vol. 51. Pp. 1159–1165.

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

Поступила 02.11.2016

**Для цитирования.** Горьковская И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А. Специфика психологической помощи женщинам, перенесшим плановую и экстренную операцию кесарева сечения // Вестн. психотерапии. 2016. № 60 (65). С. 137–149.

---

**PARTICULARITY OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO WOMEN,  
DELIVERED BY ELECTIVE OR EMERGENCY CAESAREAN SECTION**

**Gorkovaya I.A.<sup>1</sup>, Miklyaeva A.V.<sup>2</sup>, Korgozha M.A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Saint-Petersburg State Pediatric Medical University  
(Litovskaya Str., 2, Saint-Petersburg, Russia);  
<sup>2</sup>Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Emb. River Moika, 48, Saint-Petersburg, Russia).

✉ Irina Alekseevna Gorkovaya – Dr. Psychol. Sci., head of the department of psychosomatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, Saint-Petersburg, 194100, Russia); professor of the chair Human psychology, Herzen State Pedagogical University of Russia (Emb. River Moika, 48, Saint-Petersburg, 191186, Russia), e-mail: iralgork@mail.ru.

Anastasia Vladimirovna Miklyaeva – Dr. Psychol. Sci., professor of the chair Human psychology, Herzen State Pedagogical University of Russia (Emb. River Moika, 48, Saint-Petersburg, 191186, Russia), e-mail: a.miklyaeva@gmail.com;

Maria Aleksandrovna Korgozha – PhD Student of the department of psychosomatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, Saint-Petersburg, 194100, Russia), e-mail: korgozha\_m.a@mail.ru.

**Abstract.** The paper presents the results of studying the quality of life of women in the third trimester of pregnancy and in the postpartum period, who were delivered by elective or emergency caesarean section. Women, delivered by elective caesarean section, had low rate of role functioning, which was due to adverse emotional state in the third trimester of pregnancy. These women had lower positive dynamics of physical and mental component of health. The carrying out of semi-structured interview one the second-third day after surgery revealed the targets of psychological assistance to women, delivered by elective or emergency caesarean section. However, women, delivered by elective caesarean section, were more emotionally stable and less anxious than women, delivered by emergency caesarean section. The child's health concerns significantly exceeded the fear of own well-being of these women. Women, delivered by emergency caesarean section, were frustrated and subjectively felt the loss of the emotional control after surgery. Based on these results, the authors made recommendations on the organization of psychological assistance and support of women in late pregnancy and in the postpartum period. The practice in psychological assistance to women, delivered by elective or emergency caesarean section, has been described in a fourth stage of labor.

**Key words:** Psychological assistance, pregnancy, birth defects, obstetrics, caesarean section, quality of life, perinatal psychology.

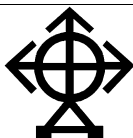
## References

1. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I. [et al.]. Populyatsionnye pokazateli kachestva zhizni po oprosniku SF-36 (rezul'taty mnogotsentrovogo issledovaniya kachestva zhizni «MIRAZh») [SF-36 questionnaire population quality of life indices Objective]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Science & Practical Rheumatology]. 2008. N 1. Pp. 36–40.
2. Botoeva E.A., Ivanova I.V., Dambaeva A.R. [et al.]. Kesarevo sechenie v sovremennom akusherstve [Caesarean section in modern obstetrics]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Buryat State University Bulletin]. 2009. N 12. Pp. 72–74.
3. Dobryakov I.V. Perinatal'naya psikhologiya [Perinatal Psychology].- Sankt-Peterburg. 2010. 272 p.
4. Mukhamedrakhimov R.Zh. Mat' i mladenets: psikhologicheskoe vzaimodeistvie [The Mother & Infant: psychological interaction]. Sankt-Peterburg. 2003. 288 p.
5. Novik A.A., Ionova T.I., Gandek B. Pokazateli kachestva zhizni naseleniya Sankt-Peterburga [The quality of life rates of the population of St.Petersburg]. *Problemy standartizatsii v zdravookhranenii* [Health care standardization problems]. 2001. N 4. Pp. 22–31.
6. Sarbasova A.E., Sinchikhin S.P., Mamiev O.B. [et al.]. Kesarevo sechenie v sovremennom akusherstve: epidemiologiya, znachenie dlya preduprezhdeniya akusherskoi i perinatal'noi patologii, oslozhneniya [Cesarean section in modern obstetrics: epidemiology, importance for prevention of obstetric and perinatal pathology, complications]. *Astrakhanskii meditsinskii zhurnal* [Astrakhan medical journal]. 2016. Vol. 11, N 2. Pp. 57–64.
7. Filippova G.G. Psikhologiya materinstva [The psychology of maternity] Moskva. 2002. 240 p.
8. Gamble J., Creedy D.K., McCount C. [et al.]. A critique of literature on women's request for cesarean section. *Birth*. 2007. Vol. 34, N 4. Pp. 331–340.
9. Hepp D., Hagenbeck C., Burghardt B. [et al.]. Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016. Vol. 16. Pp. 113–121.
10. Lanqan R., Goodbred A. Identification and management of peripartum depression. *Am. Fam. Physician*. 2016. Vol. 93, N 10. Pp. 852–858.
11. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. [et al.]. The factor structure of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol*. 1998. Vol. 51. Pp. 1159–1165.

Received 02.11.2016

**For citing.** Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V., Korgozha M.A. Spetsifika psikhologicheskoi pomoshchi zhenshchinam, perenesshim planovuyu i ekstrennyuyu operatsiyu kesareva secheniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 60. Pp. 137–149. **(In Russ.)**

Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V., Korgozha M.A. Particularity of psychological assistance to women, delivered by elective or emergency caesarean section. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 60. Pp. 137–149.



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 1991 г. 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.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук ([www.vak.ed.gov.ru/87](http://www.vak.ed.gov.ru/87)) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки**. Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

**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: [www.arcerm.spb.ru](http://www.arcerm.spb.ru) и МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com), а также на сайте научной электронной библиотеки.

**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 профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: [9334616@mail.ru](mailto:9334616@mail.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 – Евдокимов Владимир Иванович.

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 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 15.12.2016. Печать – ризография.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 1000 экз.  
Объем 9 п. л. Заказ 12561.