

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 75 (80)

Санкт-Петербург
2020

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2020
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2020

**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 75 (80)

St. Petersburg
2020

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2020

© International Institute of Human Potential Abilities, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Александров А.А.

Катарсис, инсайт и интеграция личности в аналитико-катартической терапии 7

Худоян С.С.

Применение проблемно-задачного подхода в психотерапии 30

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Шеховцова Е.С.

Ситуационный анализ и нарушения саморегуляции у лиц с расстройствами личности 45

Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутия А.Ш.

Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки 60

Андреева М.Т., Змановская Е.В.

Влияние травматического компонента на субъективную оценку качества жизни пациентов с рассеянным склерозом 67

Тукаев Р.Д., Срывкова К.А., Антипова О.С.

Динамика variability ритма сердца в ходе сеанса гипноза в зависимости от исходного вегетативного статуса у молодых здоровых добровольцев 80

Григорьева А.А.

Экзистенциальные основы превенции подростковой суицидальности . 97

Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О.

Влияние отдыха в речном круизе на умственную работоспособность школьников 115

Лещинская С.Б.

Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы 130

Информация о журнале 147

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Alexandrov A.A. Catharsis, insight and integration of personality in analytical-cathartic therapy	7
Khudoyan S.S. Application of the problem-task approach to psychotherapy	30

MEDICAL PSYCHOLOGY

Shekhovtsova E.S. Situational analysis and regulatory abnormalities in individuals with personality disorders	45
Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Hubutia A.Sh. Level of commitment to treatment in patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation	60
Andreeva M.T., Zmanovskaya E.V. The impact of the traumatic component on the subjective assessment of the quality of life of patients with multiple sclerosis	67
Tukaev R.D., Sryvkova K.A., Antipova O.S. Heart rate variability dynamics during and after a hypnosis session depending on the initial autonomic nervous system status in healthy young volunteers	80
Grigoryeva A.A. Existential bases of prevention of adolescent suicidality	97
Pyatibrat E.D., Pyatibrat A.O. Impact of recreation in river cruise on mental performance of schoolchildren	115
Leshchinskaia S.B. Factors affecting development of children conceived through assisted reproductive technology: a literature review	130
Information about the Journal	147

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 159.9.07

А.А. Александров

КАТАРСИС, ИНСАЙТ И ИНТЕГРАЦИЯ ЛИЧНОСТИ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

В статье проведен обстоятельный анализ феномена «катарсис» и сопряженных с ним понятий – абреакции (эмоциональной разрядки) и инсайта (внезапного озарения) – в их значении для интеграции личности как конечной цели психотерапии. Обсуждаются вопросы, связанные с интерпретацией этих понятий в аналитико-катартической терапии, в рамках которой катарсис рассматривается как результат рефлексивной деятельности по преодолению душевного кризиса, как итоговое состояние («развязка») с последующим запуском трансформации личности.

Ключевые слова: аналитико-катартическая терапия, катарсис, инсайт, интеграция, трансформация личности.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА – *аналитико-катартическая терапия Александрова*) – диалогическая модель психотерапии, основанная на концепциях выдающихся отечественных ученых В.Н. Мясищева (психология отношений) [16], Л.С. Выготского (концепция внутренней речи) [10], М.М. Бахтина (концепция полифонического сознания) [7]. Теория и практика метода изложены в монографии «Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений» [1], а также в ряде статей журнала «Вестник психотерапии» [2, 3, 4]. В настоящей статье проведен более обстоятельный анализ феномена «катарсис» и сопряженных с ним понятий – «абреакции» (эмоционального отреагирования) и «инсайта» – в их значении для интеграции личности как конечной цели психотерапии.

Термин «катарсис» (*katharsis*) в переводе с греческого языка означает «очищение». В античной культуре он употреблялся в различных сферах: этической, эстетической, медицинской. Аристотель воспользовался этим термином в определении трагедии. Пожалуй, никакое другое понятие ан-

Александров Артур Александрович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

тичной эстетики не получило такого многообразия истолкований и довольно противоречивых интерпретаций в европейской культуре, как катарсис [26]. А.Ф. Лосев [15] пишет, что на начало 1930-х годов было известно 1425 различных толкований катарсиса, тем не менее интерес к этой теме не ослабевает. Очевидно, это связано с тем, что феномен катарсиса ассоциируется прежде всего с такими понятиями, как нравственная чистота, совесть, духовное прозрение, раскаяние и с другими высокими чувствами.

В психотерапии «катарсис» трактуется неоднозначно, причем термины «катарсис» и «абреакция» используются как синонимы, что создает сумятицу в оценке терапевтического эффекта этого феномена. По мнению одних, катарсис является самым известным в искусстве пиковым переживанием, которое сопровождается быстротечным запуском трансформации личности и ведет к интеграции психической сферы человека [12]. Другие рассматривают катарсис как эмоциональную разрядку, которая помогает «выпустить пар» вытесненных травмирующих переживаний.

АКТА разводит понятия абреакции и катарсиса, закрепляя за абреакцией функцию эмоционального отреагирования (лат. «аб-реакция» буквально значит «от-реагирование»), а за катарсисом – нравственное очищение, освобождение от гнета неосознанных переживаний, чувства вины и угрызений совести. При абреакции воздействие осуществляется на симптоматическом уровне и выражается в снижении внутреннего напряжения, успокоении и временном устранении симптома, катарсис же вызывает изменения на личностном уровне. Таким образом, «катартическая абреакция» как простой выплеск энергии противопоставляется несравненно более сложному и важному в терапевтическом отношении процессу, завершающемуся «катарсисом интеграции».

В АКТА понятие катарсиса является ключевым в отличие от других методов психотерапии, центрированных на переживаниях (клиент-центрированной психотерапией, гештальт-терапии и др.). В самом названии метода – «аналитико-катартическая терапия» – подчеркивается значимость этого феномена. Катарсис рассматривается как «пиковое состояние», как момент интеграции личности, завершающий процесс предварительной более или менее длительной рефлексивной работы пациента по преодолению внутреннего кризиса. Другими словами, анализ и катарсис в аналитико-катартической терапии связаны как процесс самопознания пациента и его «развязка» в виде интеграции и запуска трансформации личности.

Прежде чем обсуждать детали такой концепции катарсиса и представить ее в сколь-нибудь законченном виде, совершим небольшой обзор ли-

тературы по проблеме катарсиса, а точнее, обратимся к тем аспектам проблемы, которые интересуют нас прежде всего с точки зрения понимания роли и значения феномена катарсиса в аналитико-катарсической терапии.

Катарсис в философии, этике, эстетике

О катарсисе Аристотель говорит в шестой главе «Поэтики». Поводом для толкований является «одна-единственная и не совсем ясная фраза» [19] этой главы, а именно содержащееся там определение трагедии. «Трагедия есть подражание действию важному и законченному, имеющему определенный объем, (подражание) при помощи речи, в каждой из частей различно украшенной; посредством действия, а не рассказа, совершающее путем сострадания и страха *очищение* подобных аффектов» [5]. Поскольку «Поэтика» Аристотеля дошла до нас не целиком, то в ней, по выражению В. Шестакова, «много темных мест». Трудно понять, что имел в виду Аристотель под очищением «подобных аффектов». Имел ли он в виду сами аффекты страха и сострадания, или они выступают у него только средствами очищения других чувств [26].

Концепция катарсиса, высказанная в «Поэтике», перекликается с «Политикой», в которой Аристотель значительно уточняет свое понимание очищения. Прежде всего здесь он говорит о музыкальном катарсисе, расширяя очищение на область музыки. А во-вторых, он связывает здесь очищение с наслаждением, признавая, таким образом, эстетическую природу катарсиса. Здесь, как и в «Поэтике», речь идет об очищении посредством сострадания и страха, новым же является идея о связи этого сострадания с облегчением и связанным с ним наслаждением. Более того, катарсис у Аристотеля представляет основу наслаждения. Поэтому, считает Шестаков, если катарсису придавать терапевтическое значение, то только при условии, что он приносит при этом эстетическое удовольствие [26].

Аристотель подчеркивал, что искусство дает освобождение душе от требующих разрядки переживаний лишь на время. Это наблюдение Аристотеля согласуется с заключениями психоаналитиков о том, что простой катарсис (то есть абреакция), без осознания и проработки глубинной психологической проблемы, не избавляет от болезненного состояния, а дает лишь временное облегчение. Это же наблюдение согласуется с церковной практикой исповеди. Именно поэтому церковь требует от человека исповедоваться постоянно – иначе не будет наблюдаться желаемой трансформации личности исповедующегося [12].

Огромный интерес к теории катарсиса Аристотеля возникает в эпоху Возрождения, когда была найдена аристотелевская «Поэтика», утраченная в эпоху Средневековья. Главной темой, обсуждаемой в трактатах этого времени, была природа драматического искусства и сущность трагического очищения. В этой обильной литературе намечаются два главных направления: одно – дидактическое, другое – гедонистическое. Первое направление стремилось истолковать аристотелевский катарсис исключительно как нравственное очищение (Маджи). Согласно другому направлению, представленному писателем Лодовико Кастельветро, целью драматического искусства является не достижение добродетели посредством очищения, а наслаждение («гедоне») в результате очищения и избавления от «подобных страстей». Назначение искусства, писал Кастельветро, «доставлять удовольствие и освежать умы необразованного большинства и простых людей». Катарсис связан с моментом познания, которое приобретает не посредством поучения, а на основе живого непосредственного опыта [25].

В XVIII веке немецкий поэт и теоретик искусства Эфраим Готхольд Лессинг придерживался интерпретации в этическом плане: изображаемые на сцене трагические судьбы героев зритель относит непосредственно к самому себе. Лессинг считал, что страх, который описал Аристотель, мы переживаем за себя, в силу нашего сходства с личностью страдающего. Очищение и связанные с ним чувства сострадания и страха тем сильнее и глубже, чем ближе образы искусства нравственным и эстетическим интересам зрителя.

В позитивистской науке понятие катарсиса утратило свой духовный смысл. С XIX века господствующими становятся теории катарсиса как «разрядки напряжения». Катарсис редуцируется до физиологической реакции. Сторонники медицинского взгляда на катарсис сравнивают трагическое очищение с очищением желудка и серьезно утверждают, что сущность трагического очищения сводится у Аристотеля к облегчению и разгрузке души от ненужного балласта. Этот взгляд связывается в первую очередь с именем Якоба Бернайса – крупного немецкого классического филолога – и был озвучен им в 1857 году, в статье, посвященной утерянным частям работы Аристотеля. В согласии с этим взглядом, катарсис вовсе не означает морального очищения человека, как полагал ранее Лессинг, а представляет собой связанное с приятным чувством облегчения освобождение от накопившихся в душе негативных эмоций, в первую очередь от чрезмерной склонности к страху и состраданию. Бернайс соотнес

катарсис греческих трагедий с экстатическими практиками Дионисийских оргий. При созерцании трагедии эмоции горя и страха переполняют зрителя и, достигнув своего пика, освобождают его душу, подобно как кишечник (желудок) освобождается от своего содержимого [12]. Эти идеи развивались в унисон с психоаналитическим методом Фрейда, основой которого является «отреагирование» вытесненных аморальных влечений, якобы изначально движущих поведением человека. Такое понимание катарсиса в современной психологии является преобладающим [24].

Катарсис как осознание и развязка.

Концепция катарсиса А.Ф. Лосева. Алексей Федорович Лосев – крупнейший русский философ и историк эстетики – считал, что искать ответ на вопрос, какой смысл Аристотель вкладывал в понятие «катарсис», следует не в «Поэтике» Аристотеля, а скорее в его «Метафизике». Немудрено, писал он, что люди стараются как-нибудь понять то, чего нельзя понять, если читать только одну «Поэтику». Одной фразы о том, что трагедия через возбуждение страха и сострадания доставляет очищение страстей, все же мало для понимания Аристотеля из него самого. Отсюда бесконечные толкования, которые Лосев связывает с тем, что комментаторы Аристотеля не заглядывали в главный его труд о «первой философии», где даны все принципы мировоззрения Аристотеля вообще. Многочисленные толкования аристотелевского понимания катарсиса, пишет Лосев, не то чтобы совсем неправильны, но односторонни – они вскрывают некоторые черты, присущие катарсису греческой трагедии, но не определяющие его главное существо. Катарсис Аристотеля хотя и содержит эстетический и этический элементы, но не сводится ни к одному из них и ни к какому-либо их механическому соединению.

А.Ф. Лосев считает, что сущность трагического очищения раскрывается в контексте учения Аристотеля о всеблаженстве умной первоэнергии, блаженном самодовлении ума. С точки зрения Аристотеля, весь мир представляет собою трагическое целое. В нем и блаженство самосозерцающего и вращающегося в себе Ума; в нем и распад этого умного перводвижения. В мире вечно творится преступление, вечно искупается и преодолевается вина и вечно сияет катартически-просветленная, блаженная первоэнергия всеобщей умной Сущности. Поэтому трагедия человека есть частный и, быть может, наиболее показательный случай общего мирового трагизма.

Уже в «Поэтике» Аристотель пишет, что «в трагедии поэт должен вызывать удовольствие, *вытекающее из страха и сострадания*». Каким

образом из страха и сострадания может рождаться «утончённое удовольствие»? Это процесс не психологический (как считает Выготский) – это вообще не есть очищение чувств, но это есть очищение самих «страшных» и «жалких» *событий*, вызывающих аффекты. Трагедия в конце концов «приходит к таким событиям, которые несут с собой очищение *этих совершаемых героями действий*... т. е. к их искуплению» [15]. В другом месте Лосев излагает эту мысль другими словами: катарсис – это умное очищение, где ум – выше чувства и энергии. Это блаженное самодовление, наступающее после пережитого, и есть подлинное «очищение», о котором говорит Аристотель. Очищение стало возможным только потому, что были факты или ужасающие факты и вот теперь наступило освобождение от них. Но это стало возможным также и потому, что теперь наконец-то нет этих ужасающих фактов, и ум, очистившись от них, стал самим собою, утвердивши себя как чистую действительность [там же].

Если не вдаваться в нюансы мировоззрения Аристотеля, то, «хотя катарсис и содержит эстетический и этический элементы», сущность его в интерпретации Лосева заключается в итоговости («наконец-то нет этих ужасающих фактов»), во внезапном прозрении («очищении ума»), и в интегрирующей функции сознания («самодовление, наступившее после пережитого разрушения»). К такой же точке зрения приходит в своем исследовании и Е.Г. Рабинович – классик древнегреческой филологии.

Концепция катарсиса Елены Рабинович. В своей «Поэтике» Аристотель мимоходом пишет о катарсисе. В то время как в другом сочинении – «Политике» – он довольно подробно пишет о катарсисе. Именно к этим параграфам «Политики» обращается Е.Г. Рабинович [19]. Автор подчеркивает, что Аристотель разделял катарсис музыкальный и трагический по роду и силе их воздействия на человека. Из «Политики» ясно, что трагический катарсис не тождествен музыкальному. Музыкальный катарсис представляет собой психофизиологическую разрядку в результате обрядовых действий, достигаемую посредством эксоргиастических или катартических мелодий. Словом, можно сказать, что музыкальный катарсис достигается эксоргиастическим способом. С чем же связан тогда трагический катарсис? Переживая катарсис, люди получают облегчение и очищаются от своих аффектов, получая при этом «безвредную радость». Уже в самом начале «Поэтики» Аристотель говорит о *безвредной радости*, которую доставляет трагедия: «Не только философам, но равно и всем прочим сладостнее всего – познавать». Таким образом, трагический катарсис так или иначе связан с радостью познания, интеллектуальным удовлетворением. При всей услов-

ности разделения «рационального» и «эмоционального», вполне очевидно, что чувство (радость) здесь вторично, будучи результатом мыслительного процесса (познания).

Исследуя и сопоставляя тексты Аристотеля на греческом языке, Елена Рабинович приходит к выводу, что, возможно, более адекватным переводом греческого слова «катарсис» является термин «прояснение». Таким образом, суть катарсиса Аристотеля предстает перед нами уже в несколько ином, более аналитическом свете: «Трагедия есть подражание действию важному и завершённому, услащенная речью и действием, достигающая через страх и жалость *прояснения* таковых чувствований».

Прояснение чувствований в конце трагедии соответствует по времени сюжетной развязке. С позиции зрителя Аристотель членит трагедию на две части – чувствования, именно страх и жалость, и прояснение или решение (катарсис): страх и жалость зритель испытывает в начале и в середине трагедии, к прояснению или решению приходит в конце. Итак, финальное *прояснение чувствований – катарсис* – соответствует концу трагедии, *развязке*. Никола Буало, поэт и выдающийся теоретик поэтического искусства XVII века, пишет, что «ум никогда не чувствует себя более живо пораженным, чем в финале трагедии, когда познанная истина переменяет всё». В перечне толкований трагического катарсиса, пишет Рабинович, эти строки никогда не приводятся, хотя именно в них лучше всего сформулирована та внезапность окончательного прояснения, которой должен завершаться хороший трагический сюжет. Такой катарсис – потрясающая душу развязка – и дарит зрителю безвредную радость.

Таким образом, согласно интерпретации Рабинович, катарсис не означает очищение от чувств страха и сострадания: зритель переживает эти чувства по ходу трагедии, катарсис же происходит в финале трагедии в виде «развязки» как внезапное и окончательное прояснение, как познанная истина, которая запускает трансформацию личности («меняет всё»). Такая интерпретация полностью соответствует понятию «катарсиса интеграции» в аналитико-катартической терапии.

Проблема катарсиса в психотерапии

В психотерапию понятие катарсиса было введено Иозефом Брейером и Зигмундом Фрейдом. А. Демкин отмечает, что на момент написания «Исследования истерии» Брейер и Фрейд не использовали термин «катарсис». Считается, что они перенесли его в медицинскую сферу из эстетической категории лишь в 1909 году. Однако Фрейд упоминает термин «абре-

акция» в письме к своему другу и восприемнику идей Вильгельму Флиссу от 28 июня 1892 года, сообщая, что Брейер согласился опубликовать с ним свою «подробную теорию абреакции (в англоязычном первоисточнике использован этот термин) и другие наши совместные наброски по истерии» [12].

Аристотелевский катарсис приобретает новое значение. Он представляется теперь в качестве психотерапевтического метода, как процесс устранения страхов и напряженности посредством выражения эмоций, которые были скрыты, подавлены или бессознательны. Начиная с этого времени, по образному выражению В. Шестакова, «Аристотель заговорил на языке психоанализа» [26].

Катарсис как эмоциональное отреагирование (абреакция)

История психоанализа начинается с катартического метода австрийского психиатра Йозефа Брейера – учителя и наставника Зигмунда Фрейда. Пациентка Брейера Анна О. под гипнозом по требованию врача сообщала об определенных периодах своей жизни, о которых практически ничего не могла вспомнить в обычном состоянии. При воспроизведении ранее вытесненных, но под гипнозом вновь припомненных аффективных переживаний из прошлого пациентка обычно проявляла сильное душевное волнение, которое сопровождалось исчезновением симптомов. Брейер назвал этот феномен бурного прорыва чувств «катартическим отреагированием». Выйдя из гипнотического сна, пациентка совершенно забывала травматическое событие и не осознавала его связи с расстройством. Фрейд начал практиковать метод Брейера, и в совместной статье «Исследования истерии» (1895) они подвели итоги своим исследованиям. Они пришли к выводу, что симптомы истерии являлись следствием частично не отреагированных эмоций, связанных с болезненными воспоминаниями. Эти воспоминания были отщеплены от остальной части психики, но продолжали оказывать динамический навязчивый эффект в форме симптомов. Фрейд писал: «Симптомы истерических пациентов зависят от потрясших их, но забытых моментов жизни. Терапия основывалась на том, чтобы заставить пациентов вспомнить и воспроизвести эти переживания под гипнозом». Фрейд пришел к заключению, что травматические события, приводящие к истерии, происходили в детстве и имели, как правило, сексуальную природу.

Переход от катарсиса к инсайту

Спустя некоторое время Фрейд разочаровался в гипнозе. Он писал: «Вскоре гипноз стал для меня неприятен как капризное и, так сказать, мистическое средство. Когда же опыт показал мне, что я могу, несмотря на все старания, привести в гипнотическое состояние не более чем только часть моих больных, я решил оставить гипноз и сделать катартическое лечение независимым от него». Более весомая причина отказа от гипноза состояла в открытии Фрейдом ранее неизвестных психических механизмов – сопротивления и вытеснения. «Только когда вы исключите гипноз, вы сможете заметить сопротивления и вытеснения и получите действительно правильное представление о патогенном процессе. Гипноз маскирует сопротивление и делает доступной определенную душевную область, но зато он накапливает сопротивление на границах этой области в виде вала, который делает недоступным все дальнейшее» [25]. Задача состояла в том, чтобы сделать «катартическое» лечение независимым от гипноза. Отказ от гипноза привел к радикальному изменению направленности терапии: терапевтический эффект связывался теперь не столько с отреагированием ущемленного аффекта, сколько со вскрытием ранее вытесненных из сознания содержаний, которые, благодаря «рассудочным актам», теперь уже осознанно принимаются или отвергаются.

Разработанный им метод свободных ассоциаций предоставлял доступ не только к ранее вытесненным патогенным воспоминаниям пациента, но и возможность проследить и преодолеть сопротивления, препятствующие обнаружению этих воспоминаний. Такое лечение Фрейд называл уже не катарсисом, а психоанализом [8]. Итак, катартическая терапия Брейера и Фрейда ставила перед собой цель разрядки эмоции (абреакции), связанной с вытесненным ранее переживанием. При этом считалось, что отреагирование терапевтично само по себе, независимо от того, понимает ли пациент важность вытесненного переживания [20]. В психоанализе же целью психотерапии становится инсайт – способность менять свои собственные мотивы, сознавать собственную психодинамику, понимать смысл символического поведения. Катартическая психотерапия Брейера преобразуется в психоанализ Фрейда.

В психоанализе катарсис, согласно «Критическому словарю» Чарльза Райкрофта, «относится не к очищению страданием и ужасом, вызванным трагедией, а к терапевтическому эффекту отреагирования (абреакции)», т. е. катарсис и абреакция считаются синонимами. Э. Бибринг [9] пользуется термином «абреакция». Многие авторы используют термин ка-

тарсис в том смысле, в котором он употреблялся Брейером и Фрейдом на заре возникновения психоанализа.

Катартический метод Брейера и Фрейда Г.М. Назлоян называл «псевдокатарсисом», обосновывая это следующим образом. Авторы фрагментировали сложное содержание, которое присутствует в определении Аристотеля, – весь комплекс «очищения», а не только эмоциональное сопровождение исцеления. Яркие эмоции, похожие на электрические разряды, были некоторое время главным терапевтическим ожиданием при лечении неврозов. Само слово «катарсис» лишилось исконного содержания, внутренней структуры и перемещалось в плоскость эмоций, а явление становилось похожим на некую электрическую искру, неживую и бездушную. Полного охвата страдающей личности не происходило [17]. По существу, Назлоян подчеркивает целостность феномена катарсиса, разрушаемую толкователями.

Лечебная ценность абреакции

По мнению П. Келлермана, лечебная ценность катарсиса остается спорным вопросом. Существует мнение, что постоянное эмоциональное напряжение вызывает столь ощутимое чувство дискомфорта, что разрядка, выход этих чувств наружу приносит значительное, хотя и временное, облегчение. Широко известно, что терапия, основанная на катарсисе, играет важную роль при расстройствах, связанных с посттравматическим стрессом, в лечении острых травматических неврозов, отягощенных амнезией и иными состояниями, связанными с бессознательным стремлением подавить неприятные впечатления и таким образом избавиться от них [13].

Сторонники катарсиса утверждают, что катарсис может излечить сам по себе, автоматически, и немедленно возникающее ощущение благополучия, которое люди испытывают сразу после сильной эмоциональной разрядки, представляет собой достаточное доказательство значимости катарсиса. В центре этой веры в катарсис лежит мысль, что сдерживание эмоций ведет к «законсервированности» чувств, а освобождение эмоций дает облегчение. Противники катарсиса из противоположного лагеря подвергают сомнению преимущества катарсиса или полностью их отрицают. Они утверждают, что облегчение, которое дает катарсис, носит непостоянный характер, что напряжение обычно возвращается после определенного периода времени и что вообще выражение какого-либо чувства совсем не обязательно должно привести к тому, что это чувство ослабевает (например, плач не делает горе меньше). Они также задают вопрос: а может ли выражение

чувств привести к терапевтическим изменениям, например, может ли выражение гнева разрешить реальный межличностный конфликт?

В сравнительном исследовании лечебных факторов в рамках групповой психотерапии И. Ялом [27] сделал заключение, что открытое выражение аффекта, разумеется, жизненно необходимо для группового терапевтического процесса, в его отсутствие все выродится в стерильные академические упражнения. Однако оно является только частью процесса и должно дополняться другими факторами.

Защитники катарсиса как единственного лечебного фактора мало внимания уделяют подобным данным и изначально верят в терапевтическую ценность катарсиса. Они утверждают: то, что отвергается критиками, представляет собой не настоящий катарсис, а некую форму «псевдо-экспрессии чувств», и те пациенты, кому посчастливится испытать «то, настоящее», например «первичный опыт», излечатся сразу же и навсегда.

Проанализировав выводы многочисленных исследований катартических методов психотерапии, А. Демкин [12] приходит к заключению, что после прохождения «периода розовых очков» было замечено, что даже многократный «выпуск пара» не дает стойкого лечебного эффекта. По данным Роя Гринкера и Джона Шпигеля, которые использовали метод наркосинтеза для обнаружения травматического материала и интеграции его в сферу сознательного, дажеотреагированные посредством абреакции травматические переживания, которые не удалось полностью перевести в сферу осознания пациента, со временем приводили к возобновлению болезненной симптоматики.

Такие исследователи, как Майерс, Мак-Дугалл и Карл Юнг, считали преувеличенным значение абреакции в лечении проявлений вытесненных травматических воспоминаний и даже полагали, что абреакция сама по себе может служить источником повторной травматизации и принести больше вреда, чем пользы. Юнг думал, что более важную роль в развитии патологической болезненной симптоматики играют процессы диссоциации, а не накопление «избыточного психологического напряжения», поэтому простой катарсис без интеграции личности не приведет к полному излечению. Таким образом, выше приведенные и многочисленные другие данные исследователей терапевтической ценности катартической терапии свидетельствуют о том, что катарсис может вызывать лишь временное облегчение душевных страданий при серьезных душевных проблемах. Однако это не умаляет его роль в качестве триггера для запуска личностной трансформации человека в плане духовного роста и осознания своих вы-

тесненных переживаний не несущих характера патологической травматизации [12].

Абреакция в психоанализе

Хотя психоанализ и отказался от концепции травматического невроза, тем не менее представление об эмоциональной разрядке как необходимом элементе терапии сохраняется. Однако абреакция в психоанализе не рассматривается как средство, автоматически ведущее к исцелению. Изменение взглядов на функции абреакции было логическим следствием последующего развития психоаналитической теории и практики и прежде всего было связано с принятием концепции защиты и сопротивления, с отказом от теории травмы и гипноза и появлением метода свободных ассоциаций. Что же представляет собой механизм целительного воздействия абреакции? Выражая словами свои чувства, мысли, переживания, индивид начинает воспринимать их более ясно и объективно. Выразив в доверительной атмосфере болезненные эмоции, индивид испытывает удовлетворение от сознания того, что он в чем-то «разобрался», что-то «понял», сбросил с плеч невыносимый груз, и это приносит ему облегчение. Коротко говоря, терапевтический эффект эмоциональной экспрессии в процессе лечения неврозов – это не следствие абреакции, а, как считает Бибринг, результат использования наряду с ней других методов, в частности кларификационного [9].

Катарсис в психодраме

Описанную Аристотелем форму катарсиса Морено называет наблюдательным (созерцательным) катарсисом, который испытывают зрители в театре. К наблюдательному катарсису Морено относит также феномены, наблюдавшиеся Брейером и Фрейдом в рамках проводившихся ими гипнотических экспериментов [14]. Морено считал, что он пошел дальше Фрейда в разработке терапевтического потенциала катарсиса посредством драматического действия. Он вводит понятие акционального катарсиса, который испытывает протагонист в спонтанном взаимодействии с другими участниками психодраматической группы.

Психодрама, в понимании Морено, имела не только катаргическое значение в плане отреагирования вытесненных нерешенных конфликтов через повторное их переживание, но и интегративное значение для личности. Впоследствии Морено отметил, что катарсис, переживаемый пациентом в психодраме, отличается от «простого» катарсиса – разрядки. Катар-

сис в психодраме является «катарсисом интеграции», дающий пациенту новые ощущения и опыт интеграции с реальностью. «За каждым катарсисом отреагирования, – отмечал Морено, – должен следовать катарсис интеграции». А. Демкин [12] заключает, что метод психодрамы Морено явился переходным между обычным катарсическим методом психотерапии, которая помогает «выпустить пар» вытесненных травмирующих переживаний, и интегративной техникой, позволяющей воссоздать целостность личности и ее переживаний. Таким образом, психодрама имеет две фазы своего спонтанного развития. Начальная фаза – эмоциональная разрядка (абреакция), которой предшествует помощь в преодолении сопротивления, чтобы пациент мог свободно выразить подавленные чувства («выпустить пар»). Вторая фаза – достижение катарсиса интеграции. Катарсис в данном контексте является не желанным пиком переживаний, приносящим облегчение, а начальной точкой для самопознания – для адекватной интеграции в личность высвобождаемых чувств, обретения озарения через действие в психодраме – инсайт-через-действие, «action insight». Морено отмечал, что такой инсайт, полученный через взаимодействие с другими членами группы, обладает несравнимо большим воздействием на человека, чем простой вербальный или образный инсайт. Осознание, насколько возможно, связывает отдельные чувства, мысли, переживания и действия в одну целостность [12].

К. Рудестам пишет, что инсайт может возникнуть не только одновременно с катарсисом, но и тогда, когда связанные с ним переживания уже ослабели – во время обсуждения разыгранной психодрамы. Резюме Рудестама: «Катарсис – это эмоциональная разрядка, происходящая в результате участия актера в психодраме. Катарсис является важным шагом к конечному результату – достижению инсайта, или нового понимания проблемы» [22]. Мы видим, что Морено придерживается психоаналитической схемы: в процессе психотерапии пациент движется от катарсиса, понимаемого как эмоциональное отреагирование, к инсайту. Катарсис – это не пик переживаний, не завершение и не развязка, а начало «процесса». В отличие от греческой трагедии, психодрама завершается не катарсисом, а инсайтом, который подкрепляется затем обсуждением в группе (шерингом).

Такую же позицию занимает и Роджерс. В книге «Психотерапия и консультирование» он пишет: «Катарсис не только освобождает индивида от осознанных страхов и чувства вины, но *при его дальнейшем развитии* (курсив мой. – А. А.) он может пролить свет на глубоко скрытые установки,

которые также влияют на поведение индивида» [21]. Здесь мы также отмечаем, что катарсис рассматривается как процесс, а не его завершение.

Театр как место возникновения катарсиса

Г.М. Назлоян – автор портретного метода психотерапии [17] – рассматривает проблему катарсиса в категориях диалогического мышления. Назлоян подчеркивает, что Аристотель выводит содержание катарсиса из природы античного театра – искусства диалога – и указывает на то, что после Аристотеля катарсис никогда не анализировался в контексте диалога, даже философами-диалогистами и М.М. Бахтиным. В античную эпоху явление катарсиса было в центре внимания философов древности. Греческие мудрецы рассматривали катарсис с различных точек зрения, однако все это стороны хорошо известного явления, связанного с ритуальным обрядом символического заклания «козла отпущения», а затем с театром. Общим для них является то, что катарсис – это интенсивно окрашенное, ни с чем не сопоставимое психофизическое состояние, обусловленное строго определенным стечением обстоятельств. Оно возникает при восприятии искусства и приводит к «просветлению», «избавлению», «исцелению» души.

Взгляды Аристотеля, по мнению автора, сохранили актуальность в результате выбора им театра как места возникновения катарсиса, в отличие от изобразительного искусства как места подражания – мимесиса. Концепция Аристотеля актуальна, потому что в трагедии создается (особенно у Еврипида) структура диалога с партнером, в которую зритель легко вовлекается посредством идентификации себя с героем. Аристотель, начав с изобразительного искусства, перешел на анализ трагедии и нашел в ней самую убедительную, диалогическую атмосферу, где и наблюдается катарсис.

Назлоян считает, что слово «катарсис» настолько утратило аристотелевский смысл, что уже не поддается реконструкции. Оно прочно ассоциируется с неким чувством удовлетворения при избавлении от душевной боли, будь то эстетический или медицинский аспект избавления, и обычно означает яркое эмоциональное состояние, без содержания и структуры. Назлоян рассматривает как наиболее ценные те концепции, которые учитывают некоторые особенности первоначального смысла. Это, во-первых, диалогический контекст возникновения катарсиса, во-вторых, его «итоговость» (недаром античное представление заканчивалось на заре), а в-третьих, фактор самоидентификации в атмосфере искусства [17].

Катарсис как фундаментальная реконструкция личности

Катарсис как фундаментальная реконструкция личности рассматривается в трудах Т.А. Флоренской [24], автора и создателя духовно ориентированного подхода в психологическом консультировании. Согласно автору, структура личности включает в себя «наличное Я» и «духовное Я». Главная цель консультирования – возрождение «духовного Я» клиента, который должен преодолеть сопротивление «наличного Я» и осознать императив своего «духовного Я». Идеальный результат консультативного диалога – катарсис личности, т. е. «такое преобразование личности, благодаря которому вытесненное ранее “духовное Я” осознается и становится ведущим в становлении личности благодаря активному отвержению противоречащих ему установок “наличного Я”».

Флоренская не согласна с позицией Выготского [11], который рассматривал катарсис как сугубо эстетическую реакцию, которая возникает, когда мучительные и неприятные аффекты подвергаются разряду, уничтожению и превращаются в противоположные, т. е. катарсис проявляется в «сложном превращении чувств». По мнению Флоренской, проблема катарсиса не сводится к психологии эстетической реакции. Эмоциональная трансформация – превращение отрицательных эмоций в положительные – связывается автором с целостным изменением личности, с преодолением страданий и претворением их в радость. «Здесь катарсис – не просто “трансформация чувств”, это – духовное преображение личности». Поэтому необходимо «реставрировать» идею катарсиса в ее первоначальном, духовном смысле, очистив ее от затемняющих поздних наслоений [24].

Сущность катарсиса рассматривается Т.А. Флоренской как фундаментальная реконструкция личности, которая осознает свою универсальную природу и несовместимость ее прежнего эгоцентрического отношения к ней. Катарсис основан на синтезе *радости* осознания своего подлинного «я» и *страдании* от раскаяния (сожаления). Катарсис – это осознание, это расширение границ индивидуального сознания до всеобщего. Такое расширение сознания по-новому освещает индивидуальный опыт, прошлое человека, помогая ему освободиться от устоявшихся ложных взглядов, желаний, привычек. Но страдание очищения радостно потому, что освещается смыслом обретения новой жизни. Этот тип катарсиса представлен в судьбе Эдипа. Осознав свою вину, Эдип не примиряется с ней: он преодолевает ее в акте самоосуждения и добровольного страдания. Само осознание вины как таковой и искоренение в себе ее причин возможно лишь при убеждении в ее несовместимости с высоким достоинством человека.

Именно непримиримость к осознанной вине приводит человека к внутреннему перерождению.

Катарсис в аналитико-катартической терапии

Аналитико-катартическая терапия – это конфликт-центрированный подход, согласно которому в основе эмоциональных нарушений лежит неосознанный внутренний конфликт. Невротическая личность не может рационально разрешить конфликт в силу нарушения ее отношений. Отношения – это структуры, включающие когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Отношение человека к самому себе и самооценка играют наиболее важную роль в личностном функционировании и служат главной мишенью психотерапевтического воздействия. Отношения – это достаточно стойкие структуры, однако способные к изменениям в той или иной степени под влиянием жизненных обстоятельств.

АКТА-терапевт работает не с отношениями как «застывшими структурами» (термин Роджерса), а с переживаниями. Когда Роджерс рассматривает «Я» как процесс, как неустойчивую и постоянно меняющуюся сущность, которая находится внутри поля опыта, то, по-существу, речь идет о переживании. Структура отношений, по Мясищеву, это их статика, и это только одна сторона отношений. В качестве основных *процессов* отношений выступают познание, переживание и оценивание, регулирование, осознание. Таким образом, структура (статика) и переживание (процесс) являются двумя сторонами понятия «отношение».

В «Психологическом словаре» [18] структура определяется как «конфигурация и характер связей внутри системы», то есть между ее компонентами. Б.А. Базыма [6] рассматривает взаимосвязи элементов или компонентов структуры как *взаимодействия* между этими элементами, или, другими словами, как *процесс*. «Внутри» самой себя структура не что иное, как процесс взаимодействия составляющих ее элементов. Согласно автору, структура и процесс – два уровня рассмотрения вопроса. То, что на одном уровне классифицируется как структура, на другом предстает как процесс, но «увидеть» этот процесс возможно, лишь если сам находишься на этом же уровне. Элементами переживания являются ощущения, чувства, мысли, образы, воспоминания, желания. Переживание – это процесс взаимодействия составляющих его элементов, который приводит к порождению определенной структуры (отношения). Эта структура сохраняется до тех пор, пока ее элементы не вступают в новые взаимоотношения с внешними по отношению к данной структуре элементами. Разрушение од-

ной структуры одновременно означает возникновение другой. Это обычный процесс в нашей жизни, в которой «все течет, все изменяется» [6].

Из этого следует, что для того, чтобы изменить (перестроить) отношение (а это является главной задачей психотерапии, основанной на психологии отношений), надо повлиять на процесс, то есть войти в структуру переживания, стать участником этого процесса. «Диалог» в АКТА – диалог с воображаемым значимым другим как овнешнение внутреннего диалога (перевод внутренней речи в речь коммуникативную) – как раз и является такой техникой, техникой встраивания терапевта в интрапсихическое пространство личности, в пространство между противоречивыми позициями (отношениями). В «Диалоге» АКТА с помощью техники «двойного дублирования», основанной на вербализации и конфронтации противоречивых чувств и мыслей пациента, взаимодействие элементов наличной структуры завершается ее переосмыслением и переструктурированием, рождением нового отношения. Этот момент и сопровождается переживанием катарсиса.

Какую роль в аналитико-катартической терапии играет инсайт? Несмотря на то, что понятие «инсайта» широко используется в психотерапии, смысл этого термина, по мнению Дж. Сандлера и соавт. [23], отнюдь не ясен. Термин «инсайт» впервые ввел в психоанализ в 1939 году Френч, который заимствовал его у гештальт-психолога Кёлера. Кёлер описал появление у экспериментальных животных внезапного понимания того, как решить ту или иную проблему, в виде «инсайта». Френч рассматривал инсайт в психоанализе как сходное явление, то есть как «практическое осознание – буквально “схватывание” – конфликтной ситуации». Френч не видел в таком инсайте терапевтический фактор как таковой, но усматривал в самом явлении предварительное условие дальнейшего решения проблемы, ведущего к выздоровлению [23].

В психоанализе различают эмоциональный и интеллектуальный инсайт. Большинство психоаналитиков уверено в том, по мнению Сандлера, что чисто интеллектуальное знание источников нарушения психики не является эффективным (в противном случае пациента можно было бы излечить, предоставив ему учебник по психоанализу). Ч. Райкрофт пишет, что хотя цель психоаналитического лечения иногда определяют в терминах получения инсайта, сам Фрейд никогда не разделял такую формулировку, а предпочитал определять цель психоаналитического лечения как превращение *бессознательного в сознательное*. Оба определения подразумевают, что сознание обладает интегративной функцией. Инсайт начинает оказывать терапевтический эффект только тогда, когда он приводит к правиль-

ному пониманию связи между различными пережитыми событиями и бессознательными конфликтами, из-за которых возникают невротические симптомы и формируются невротические компоненты личности [20].

Различие между интеллектуальным и эмоциональным инсайтом состоит в том, что первый из них не имеет отношения к эмоциям, в то время как второй связан с отношениями и с пониманием их сути. Несмотря на признание того, что интеллектуальные элементы в инсайте сами по себе не эффективны, роль когнитивных процессов в порождении инсайта все больше признается. Терапевтические изменения связываются с перестройкой и реструктурированием познавательной деятельности пациента [23].

Процесс психотерапии в АКТА – это процесс самопознания пациента. Основная функция терапевта состоит в помощи пациенту в преодолении сопротивления на пути к самосознанию. Это не знания, которое терапевт передает пациенту, а знания, которые открывает пациент в самом себе (знание изначально присутствует) в моменты прорыва психологической защиты в процессе экстернализации внутреннего диалога (по существу, диалога с самим собой). Самопознание есть процесс, который представляет собой единство отражения (когнитивных процессов) и отношения к отражению (эмоциональных процессов). Интеллектуальный инсайт – это отражение в сознании человека объективной реальности без чувственного отклика (например, пациентка понимает, что поступает эгоистично, но это ее несколько не задевает). Эмоциональный инсайт – это отношение к отраженной реальности (например, человек испытывает острое чувство стыда, осознав значение своего поступка). Эмоциональный инсайт в психоанализе – понятие, близкое к катарсису в АКТА, но не идентичное. Катарсис поглощает эмоциональный инсайт – это интегральное понятие, синтез когнитивного и эмоционального осознания.

В АКТА каждый сеанс включает в себя диалог пациента с какой-либо значимой для него фигурой из прошлого или настоящего и заканчивается т. н. *частичным катарсисом* – результатом интеграции в личность пациента отдельной, прежде отторгнутой ее части (аспекта личности, позиции и т. п.). Завершается психотерапия *катарсисом интеграции* – результатом синтеза частичных катарсисов и восстановления целостности личности. Таким образом, катарсис интеграции – это кульминация психотерапевтического процесса, его завершение, «развязка» с последующим запуском трансформации личности.

Итак, катарсис – это завершение процесса интеграции личности, прежде дезинтегрированной неосознанными противоречиями, внутренни-

ми комплексами и конфликтами. Функцию интеграции принимает на себя сознание («осознание») как процесс мыслительной деятельности, рефлексии. Катарсис – это такое состояние, когда чувства, мысли, переживания, освободившиеся от гнета психологической защиты, сливаются в одну целостность. Это гештальт, в котором целое больше, чем сумма составляющих его элементов: это и инсайт как озарение, и абреакция чувств и нравственное очищение – раскаяние и освобождение от чувства вины и угрызений совести. Катарсис сопровождается чувством просветления, радости и удовольствия.

Принципиальное отличие инсайта от катарсиса состоит в том, что инсайт явление сугубо интеллектуальное, понимание, «схватывание» ситуации; катарсис – это очищение моральное, это инсайт в сфере нравственных отношений, явление духовного порядка.

Заключение

АКТА не разделяет психоаналитическую точку зрения, согласно которой катарсис – это эмоциональное отреагирование. Катарсис – более сложный феномен: это итоговое состояние («развязка»), результат предшествующего процесса переживания (рефлексии), в который включены когнитивный и эмоциональный компоненты психики. В силу этого АКТА разводит понятия эмоционального отреагирования (абреакции) и катарсиса («очищение»). АКТА дает следующее определение: катарсис – это феномен, при котором прежде подавленное, вытесненное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате предварительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Катарсис – это момент прорыва психологической защиты, сопровождаемый эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей трансформацией личности.

В отношении инсайта АКТА занимает следующую позицию: инсайт – это интеллектуальное осознание. Катарсис же связан с эмоциональными проблемами, с вопросами нравственности, чувства долга, ответственности. Невроз – это не только «болезнь неведения», по определению П.В. Симонова, и не только болезнь личности, по определению В.Н. Мясищева, это еще и болезнь совести – высшей инстанции личности (сугубо человеческого в человеке), высшего регулятора поведения. Поэтому термин «инсайт» не приложим к неврозам и эмоциональным проблемам, он имеет отношение к мышлению, к интеллекту, к творчеству, к открытиям в области науки

и техники. Школьник испытывает инсайт, когда после долгих и мучительных поисков решения задачи «вдруг» приходит к ее решению. Это эврика! Инсайт испытывает тот, кто погружен в решение интеллектуальных проблем. Ньютон, должно быть, испытал инсайт, открыв закон всемирного тяготения, когда яблоко упало ему на голову. Инсайт так же, как и катарсис, сопровождается чувством освобождения и радостью. Только при катарсисе к этим чувствам нередко примешивается сожаление, вызванное осознанием своей вины и раскаянием («светла моя печаль»). Инсайт связан с «муками творчества», катарсис – с угрызениями совести.

Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 231 с.
2. Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 64 (69). – С. 92–105.
3. Александров А.А. Методика аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 60 (65). – С. 34–43.
4. Александров А.А. Анализ аналитико-катартической терапии с позиций диалогического подхода // Вестн. психотерапии. – 2019. – № 69 (74). – С.13–29.
5. Аристотель. Об искусстве поэзии (Поэтика). – М. : Худож. лит-ра, 1967. – 184 с.
6. Базама Б.А. Психика: процессы и структуры. [Электронный ресурс] URL: <https://docviewer.yandex.ru/view/162879495/?page=1&> (дата обращения 21.05.2020).
7. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. – СПб. : Азбука, 2017. – 412 с.
8. Беляев М.М. «Катарсическая» предыстория психоанализа // Катарсис: метаморфозы трагического сознания. – СПб. : Алетей, 2007. – 384 с.
9. Бибринг Э. Психоанализ и динамическая психотерапия // Психоанал. вестн. – 1999. – № 2 (8). – С. 117–125.
10. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М. : Лабиринт, 1999. – 352 с.
11. Выготский Л.С. Психология искусства. – М., 1968. – 271 с.
12. Демкин А. Катарсис в искусстве и психотерапии. Исторически-философский очерк. [Электронный ресурс] URL: <http://www.town812.ru/katarsis/> (дата обращения 11.05.2020).
13. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов / пер. с англ. И.А. Лаврентьевой. – М. : Класс, 1998. – 240 с.
14. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика, классическая психодрама Я.Л. Морено. – М. : Прогресс, 1994. – 351 с.
15. Лосев А.Ф. История античной эстетики. Аристотель и поздняя классика. – М. : Искусство, 1975. – 776 с.
16. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ. – 1960. – 428 с.

17. Назлоян Г.М. Портретный метод в психотерапии. – М. : PerSe, 2001. – 144 с.
18. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского. – М. : Изд. полит. лит-ры, 1999. – 494 с.
19. Рабинович Е.Г. Риторика повседневности: филологические очерки. – СПб. : Изд-во Ивана Лимбаха, 2000. – 237 с.
20. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1995. – 288 с.
21. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. – М. : Эксмо-Пресс, 1999. – 464 с.
22. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб. : Питер, 1998. – 373 с.
23. Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса. – М. : Смысл, 1995. – 194 с.
24. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии: наука о душе. – М. : Владос, 2001. – 208 с.
25. Шестаков В. Катарсис: от Аристотеля до хард-рока / Катарсис : метаморфозы трагического сознания. – СПб. : Алетейя, 2007. – 384 с.
26. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000. – 640 с.

Поступила 04.06.2020

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

Для цитирования. Александров А.А. Катарсис, инсайт и интеграция личности в аналитико-катартической терапии // Вестн. психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 7–29.

**CATHARSIS, INSIGHT AND INTEGRATION OF PERSONALITY
IN ANALYTICAL-CATHARTIC THERAPY**

Alexandrov A.A.

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

Artur Alexandrovich Alexandrov – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of psychotherapy, medical psychology and sexology, Nord-West State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

Abstract. The article provides a detailed analysis of the phenomenon of «catharsis» and its associated concepts – abreaction and insight – in their significance for the integration of personality as the ultimate goal of psychotherapy. We discuss issues

related to the interpretation of these concepts in analytical-cathartic therapy, in which catharsis is considered as the result of reflexive activity to overcome a mental crisis, as a final state («denouement») with the subsequent launch of personality transformation.

Keywords: analytical-cathartic therapy, catharsis, insight, integration, personality transformation.

References

1. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emocionalnyh narushenij [Analytical and cathartic therapy of emotional disorders]. Sankt-Peterburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G. Dialog v analitiko-katarticheskoy terapii s pozicij fenomenologicheskoy germenевtiki [Dialogue in analytical and cathartic therapy from the perspective of phenomenological hermeneutics]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 64 (69). Pp. 92–105. (In Russ.)
3. Aleksandrov A.A. Metodika analitiko-katarticheskaya terapiya e'mocional'nyh narushenij [Methodology of analytical and cathartic therapy of emotional disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 60 (65). Pp. 34–43. (In Russ.)
4. Aleksandrov A.A. Analiz analitiko-katarticheskoy terapii s pozicij dialogicheskogo podxoda [Analysis of analytical and cathartic therapy from the perspective of a dialogic approach]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 69 (74). Pp. 13–29. (In Russ.)
5. Aristotel. Ob iskusstve poezii (Poetika) [About the art of poetry (Poetics)]. Moskva. 1967. 184 p. (In Russ.)
6. Bazyma B.A. Psihika: processy i struktury [Psyche: processes and structures]. URL: <https://docviewer.yandex.ru/view/162879495/?page=1&> (In Russ.)
7. Bahtin M.M. Problemy poetiki Dostoєvskogo [Problems of poetics Dostoevsky]. Sankt-Peterburg. 2017. 412 p. (In Russ.)
8. Belyaev M.M. «Katarsicheskaya» predu'storiya psihoanaliza [«Cathartic» background to psychoanalysis]. Katarsis: metamorfozy tragicheskogo soznaniya [Catharsis: metamorphoses of tragic consciousness]. Sankt-Peterburg. 2007. 384 p. (In Russ.)
9. Bibring E. Psihoanaliz i dinamicheskaya psihoterapiya [Psychoanalysis and dynamic psychotherapy]. *Psixoanal. Vestnik* [Psychoanal. known]. 1999. N 2 (8). Pp. 117–125. (In Russ.)
10. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech [Thinking and speech]. Moskva. 1999. 352 p. (In Russ.)
11. Vygotskij L.S. Psihologiya iskusstva [Psychology of art]. Moskva. 1968. 271 p. (In Russ.)
12. Demkin A. Katarsis v iskusstve i psihoterapii. Istoricheski-filosofskij ocherk [Katarsis in art and psychotherapy. Historical and philosophical essay]. URL: <http://www.town812.ru/katarsis/>. (In Russ.)
13. Kellerman P.F. Psihodrama krupnym planom: Analiz terapevticheskikh mexanizmov [Psychodrama close-up: Analysis of therapeutic mechanisms]. Moskva. 1998. 240 p. (In Russ.)

14. Lejtez G. Psihodrama: teoriya i praktika, klassicheskaya psihodrama Ya.L. Moreno [Psychodrama: theory and practice, classical psychodrama Y.L. Moreno]. Moskva. 1994. 351 p. (In Russ.)
15. Losev A.F. Istoriya antichnoj estetiki. Aristotel i pozdnyaya klassika [History of ancient aesthetics. Aristotle and late classics]. Moskva. 1975. 776 p. (In Russ.)
16. Myasishhev V.N. Lichnost i nevrozy [Personality and neurosis]. Leningrad. 1960. 428 p. (In Russ.)
17. Nazloyan G.M. Portretnyj metod v psihoterapii [Portrait method in psychotherapy]. Moskva. 2001. 144 p. (In Russ.)
18. Psihologiya. Slovar [Dictionary]. Ed. : A.V. Petrovskogo, M.G. Yaroshevskogo. Moskva. 1999. 494 p. (In Russ.)
19. Rabinovich E.G. Ritorika povsednevnosti: Filologicheskie ocherki [Rhetoric of everyday life: Philological essays]. Sankt-Peterburg. 2000. 237 p. (In Russ.)
20. Rajkroft Ch. Kriticheskij slovar psihoanaliza [Critical dictionary of psychoanalysis]. Sankt-Peterburg. 1995. 288p. (In Russ.)
21. Rodzhers K. Konsultirovanie i psihoterapiya [Counseling and psychotherapy]. Moskva. 1999. 464 p. (In Russ.)
22. Rudestam K. Gruppovaya psihoterapiya [Group psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1998. 373 p. (In Russ.)
23. Sandler Dzh., Der K., Xolder A. Pacient i psihoanalitik: Osnovy psihoanaliticheskogo processa [Patient and psychoanalyst: Fundamentals of the psychoanalytic process]. Moskva. 1995. 194 p. (In Russ.)
24. Florenskaya T.A. Dialog v prakticheskoy psihologii: nauka o dushe [Dialogue in practical psychology: the science of the soul]. Moskva. 2001. 208 p. (In Russ.)
25. Shestakov V. Katarsis: ot Aristotelya do xard roka [Catharsis: from Aristotle to hard rock]. Katarsis : metamorfozy tragicheskogo soznaniya [Catharsis: metamorphoses of tragic consciousness]. Sankt-Peterburg. 2007. 384 p. (In Russ.)
26. Yalom I. Teoriya i praktika gruppovoj psihoterapii [Theory and practice of group psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2000. 640 p. (In Russ.)

Received 04.06.2020

For citing. Alexandrov A.A. Katarsis, insajt i integraciya lichnosti v analitiko-katarticheskoj terapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 7–29. (In Russ.)

Alexandrov A.A. Catharsis, insight and integration of personality in analytical-cathartic therapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 7–29.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЛЕМНО-ЗАДАЧНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ

Армянский государственный университет им. Х. Абовяна
(Республика Армении, г. Ереван, пр. Тиграна Меца, д. 17)

Проблемно-задачный подход рассматривается как методологический принцип научного исследования и практической работы с двумя компонентами – задачным и проблемным. Согласно этому принципу, психотерапевтические феномены необходимо рассматривать с точки зрения тех проблем/задач, решением которых они являются. В статье выделяются сферы применения проблемно-задачного подхода в психотерапии, а также представляются исследования, основанные на этом подходе.

Ключевые слова: методология психотерапии, проблемно-задачный подход, психотерапевтические задачи, психологические проблемы личности, проблемы психотерапии.

Проблемно-задачный подход (так же как и проблемный и задачный подходы в отдельности) в основном применяется в педагогике и рассматривается как педагогическая стратегия, технология, а не как методологический принцип научного исследования или практической работы. Это объединение (или совмещение) двух более распространенных подходов – проблемного и задачного. З.Д. Жуковская и И.А. Каминская описывают проблемно-задачную технологию следующим образом: «Обучение математике по проблемно-задачной технологии мы строим как последовательное решение системы учебных задач, предъявляемых учащимся. Каждая учебная задача представляет собой некоторую проблему, для решения которой ребятам требуется овладеть новыми знаниями, или новым способом действий, или новым мыслительным приемом» [4, с. 55].

Мы же под этим понятием имеем в виду методологический принцип научного исследования и практических работ в области психологии и психотерапии. Согласно этому принципу, психологические (например, психическое развитие, мышление, тревоги, агрессивное поведение и др.) или психотерапевтические феномены (например, построение раппорта, диагностика психологических проблем и др.) необходимо рассматривать с точки

Худоян Самвел Суменович – д-р психол. наук проф., зав. каф. прикладной психологии, Армянский гос. педагогический ун-т им. Х. Абовяна (Республика Армении, г. Ереван, Проспект Тиграна Меца, д. 17), e-mail: skhudoyan@hotmail.com.

зрения (или с учетом) тех проблем или задач, решением которых они являются, для решения которых они предназначены, направлены. Ведь любой психологический процесс (также социально-психологический, патопсихологический, психотерапевтический процессы, поведенческие реакции, деятельность личности и т. п.) направлен на решение той или иной проблемы/задачи. Так, мышление это процесс решения задач; формирование социальной группы обусловлено теми проблемами, которые должна она решать. Фобии, защитные механизмы направлены на решение неосознаваемых проблем (З. Фрейд). Согласно Р. Хавигурсту, онтогенетическое развитие – это процесс решения возрастных задач [13]; биопсихологические характеристики полов, согласно В. Геодакяну, обусловлены теми задачами (или функциями) для решения которых они предназначены [3]. Единицами анализа данного методологического принципа являются, с одной стороны, проблемы/задачи, с другой – их решения. При этом психологические феномены можно рассматривать как в качестве средств, способов, вариантов решения определенных проблем/задач (например, агрессивное поведение может быть способом самоутверждения), так и в качестве проблем/задач, которые имеют разные средства, способы, варианты решения (например, агрессивное поведение – это проблема, которую можно решить когнитивными перестройками, формированием навыков самоуправления и т. п.).

С позиции проблемно-задачного подхода психотерапию можно определить как систему, направленную на решение психологических проблем личности или групп. Эта система состоит из трех подсистем: а) из психологических (психофизиологических, социально-психологических) проблем личности или группы и способов их решения; б) из задач (шагов), стоящих перед специалистом в процессе решения психологических проблем, и способов решения этих задач; в) из проблем или трудностей, возникающих при решении психотерапевтических задач, и путей их преодоления. Для успешного осуществления психотерапевтической деятельности специалист нуждается: 1) в знаниях о психологических проблемах личности/группы и умениях их распознавать (диагностировать) и решать; 2) в знаниях о задачах/шагах осуществления психотерапевтических процедур и в умениях их реализации; 3) в знаниях о трудностях, возникающих при решении психотерапевтических задач, и путях и умениях их преодоления.

Проблемно-задачный методологический подход в психотерапии имеет два относительно разных аспекта применения. Первый – это изучение, описание и систематизация тех задач или шагов, которые необходимы

для осуществления психотерапевтической деятельности (например, шаги, необходимые для диагностики психологической проблематики личности), а также способов решения этих задач. Этот аспект основывается на задачном подходе, так как в основном изучает задачи, цели, функции психических явлений (с этой точки зрения задачный подход созвучен с функциональным и целевым подходами [9]). Второй аспект данного подхода – изучение, описание и систематизация психологических проблем или трудностей личности, групп и профессиональной деятельности. Этому аспекту больше подходит понятие «проблемный подход». Эти подходы взаимно дополняют и взаимообусловлены, ведь задача по своей сути отражает некоторую неопределенность, трудность достижения цели, а психологические проблемы или трудности возникают в процессе решения задач (например, трудности диагностики в психотерапии). Именно поэтому мы рассматриваем проблемный и задачный подходы как единый проблемно-задачный методологический принцип с двумя аспектами применения, или с двумя компонентами – проблемным и задачным.

В психотерапии проблемно-задачный подход как методологический принцип применяется давно, однако только в отдельных сферах, частично, а также без специального анализа и осмысления значения данного подхода и особенностей его применения в психотерапии. Сравнительно чаще встречаются исследования, основанные на задачном компоненте проблемно-задачного подхода. Можно выделить следующие сферы применения задачного подхода в психотерапии: 1) определение системы общих задач психотерапии; 2) определение системы задач конкретных психотерапевтических подходов и методов (например, когнитивной терапии или гипнотерапии); 3) определение задач и этапов их решения конкретного курса или сессии психотерапии (планирование психотерапевтического курса и сессии); 4) определение задач психотерапии разных психологических проблем и разных возрастных групп (например, задачи или шаги психотерапии зависимостей или подростков); 5) определение задач, которые должен решать пациент самостоятельно (домашние задания), и задач, которые ставятся перед родственниками пациента для поддержки психотерапии; 6) определение задач обучения психотерапии.

Представим примеры исследований этих сфер в современной психотерапии. Среди попыток определения общих задач психотерапии является исследование Д. Михенбаума, в котором выделяются следующие основные задачи: 1) формирование рабочих терапевтических взаимоотношений; 2) представление пациенту информации о сущности проблемы и путей их

решения; 3) переосмысление пациентом своей проблемы с точки зрения перспективы ее решения; 4) выявление внутренних и межличностных копинг-ресурсов пациента; 5) поощрение пациента экспериментировать собой; 6) удостоверение в том, что *пациент верит в изменения*; 7) предупреждение рецидивов [18]. На наш взгляд, в этой классификации отсутствуют многие важные психотерапевтические задачи, например такие, как: 1) диагностика личностных особенностей, психологической проблематики, социальной ситуации пациента, концептуализация случая, т. е. выдвижение гипотез относительно сущности и причин данного случая, на основе чего определяются шаги психотерапии [12]; 2) определение способов и этапов преодоления психологических проблем пациента; 3) определение задач, которые должен решить пациент, и др.

В психотерапевтических направлениях редко представляются системы тех задач, которые решает данный подход: обычно описываются фазы терапии (стадии, шаги), которые определяются на основе психотерапевтических задач (иногда наоборот). Так, Д. Турк и Г. Флор выделяют 6 фаз и соответственно шесть задач когнитивно-вехевиоральной терапии: 1) оценивание состояния пациента; 2) переосмысление иррациональных мыслей, 3) формирование навыков идентификации и преодоления негативных автоматических мыслей; 4) упрочнение навыков и упражнение в их практическом применении; 5) обобщение работ и поддержание; 6) мониторинг и оценка состояния пациента после терапии [22].

В экзистенциальной терапии выделяются фазы соединения, работы и завершения, в рамках которых в общих чертах описываются задачи терапии [11]. Такой подход довольно распространен в психотерапевтических школах, однако, на наш взгляд, не фазы определяют задачи, а наоборот: фазы просто отражают последовательность решаемых задач. Исследование и определение системы психотерапевтических задач – это отдельная от фаз проблема и требует особого внимания, причем фазы терапии могут не совпадать с иерархией психотерапевтических задач и наоборот. Например, поддержание терапевтического альянса не осуществляется на какой-то конкретной фазе терапии.

Определение последовательности психотерапевтических задач конкретного курса/сессии психотерапии и этапов их решения, или психотерапевтическое планирование, широко применяется и считается важным фактором повышения эффективности психотерапии [17]. Планированная терапия предполагает ясную, конкретную, согласованную с пациентом формулировку конечной цели психотерапевтического курса (сеанса), задач (ша-

гов), решением которых достигается эта цель, средств, временных этапов достижения цели и, при необходимости, также и функций психотерапевта и пациента в этом процессе. Р. Маковер считает, что незапланированная психотерапия – это «размытое, хаотичное и неэффективное лечение, которое может длиться до бесконечности или прерваться до полноценного решения проблемы пациента» [17, р. 7]. При планированном подходе как специалист, так и пациент, с одной стороны, ясно представляют конкретную цель, шаги, средства и этапы психотерапии, с другой – программируются на достижение цели.

Несмотря на важность и актуальность исследования шагов или задач терапии разных психологических проблем или возрастных групп, в психотерапии редко встречаются работы, посвященные этим проблемам. В литературе можно встретить многочисленные описания терапии разных психологических проблем (например, когнитивная терапия депрессии или гипнотерапия зависимостей), однако иерархия конкретных задач, решаемых психотерапевтом, последовательность шагов диагностики и терапии этих проблем редко представляются. Между тем такие «инструкции» очень помогли бы как при обучении специалистов, так и в практической работе. Среди редких работ, посвященных задачам психотерапии конкретной психологической проблемы, можно отметить книгу гештальттерапевта Дж. Кепнера «Исцеляющие задачи: психотерапия взрослых, переживших детское насилие» [15], в котором автор выделяет и описывает задачи и фазы гештальттерапии взрослых, имеющих травмирующий опыт насилия в детском возрасте. Он выделяет фазы поддержки, развития функций Я, преодоления (*undoing*), переориентации (*redoing*), очищения (*mourning*) и примирения (*reconsolidation*).

Многие психотерапевты, а также ряд психотерапевтических подходов (например, когнитивно-бихевиоральная терапия, семейная психотерапия и др.) дают так называемые домашние задания пациентам, т. е. ставят перед пациентами задачи, которые они должны решать самостоятельно [20]. Например, в психодинамической терапии дают задания записывать сновидения, в когнитивной терапии – фиксировать автоматические мысли, психотерапевты часто дают задания читать определенную литературу, медитировать, научиться техникам релаксации, фиксировать стимулы, которые предшествуют паническим атакам и т. д. Специалисты выделяют разные виды психотерапевтических домашних заданий, например, обучающие задания, мониторинг и оценивание (например, оценка своего состояния), поведенческое экспериментирование [14]. Важно также ставить пе-

ред пациентом такие задачи, которые повысят его мотивацию к преодолению своих проблем, например, самопоощрение при достижении успехов в процессе психотерапии. Часто родственники пациентов также включаются в терапевтический процесс, беря на себя такие задачи, которые повышают мотивацию пациента (поощрение положительных изменений в поведении пациента), повышают самоуверенность и самооценку пациента и др. Исследования неоднократно показали высокую эффективность домашних заданий, благодаря которым пациент становится соучастником терапии, берет на себя ответственность за результаты терапии, усваивает психологические знания и навыки (самоанализа, рефлексии, самоконтроля и др.), отсутствие которых и является частой причиной психологических проблем.

В учебниках иногда делаются попытки определить задачи обучения психотерапии. Так, Лопес Е.Г., Рудей О.А. выделяют следующие задачи: 1) формирование психологической, психотерапевтической компетентности у будущих специалистов в сфере актуальных проблем психотерапии; 2) развитие умений и навыков по оказанию психотерапевтической помощи населению с применением разных психотерапевтических техник и методов, с опорой на концептуальные и процессуальные положения; 3) формирование психологической культуры, поскольку психотерапия является частью современной культуры и в настоящее время развивается на всех континентах, в большинстве стран мира; 4) объяснение болезни, недостаточного или искаженного развития, неполной самореализации, отсутствия гармонии с собой или с миром в психологических понятиях; 5) лечение и предупреждение расстройства здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром при помощи психологических духовных воздействий [6, с. 8].

Применением задачного подхода можно считать также так называемый задачный анализ психотерапевтических изменений. Свой подход авторы определяют следующим образом: «Задачный анализ в психотерапии – это исследовательская стратегия для выявления шагов успешного завершения терапевтической задачи (например, когнитивной, аффективной или физической проблемы), а также обеспечение детального понимания поведения участника при завершении задачи по комплексному изменению». [19, с. 528].

Обобщая вышеизложенное, отметим, что задачный подход в психотерапии, изучая и определяя шаги психотерапевтических процедур, с одной стороны, исполняет функцию своеобразного путеводителя, «дорожной карты» для специалиста и пациента, с другой – программирует процесс

достижения психотерапевтической цели. Приступая к психотерапии как пациент, так и специалист, так или иначе, руководствуются какими-то программами (деятельность человека, как и любого живого существа, не может осуществляться без биологических, социальных или психологических программ). Эти программы имеют огромное влияние (в том числе и отрицательное) на результаты психотерапии, однако часто ясно не осознаются. На наш взгляд, исследование осознаваемых и неосознаваемых программ специалиста и пациента относительно течения и результатов психотерапии, устранение неконструктивных элементов этих программ (часто они обусловлены прежними психотерапевтическими неудачами), осмысление и определение задач или шагов психотерапевтического процесса, синхронизация задач специалиста и пациента значительно повысят эффективность психотерапии. Отметим также, что представленные классификации психотерапевтических задач – это просто рекомендации, а не догматы. Важно не строгое следование конкретным схемам, а творческое применение самого подхода, рефлексия специалиста своей профессиональной деятельности. Представленные классификации психотерапевтических задач и описания путей их решения нуждаются в коллективном обсуждении и принятии специалистами рекомендательных схем или моделей осуществления психотерапевтических процедур.

Теперь попытаемся представить исследования, основанные на проблемном компоненте проблемно-задачного подхода в психотерапии. Здесь можно выделить следующие сферы применения: 1) классификация психологических проблем личности и групп, с которыми сталкивается психотерапия, создание классификационно-диагностической системы психологических проблем (на подобие DSM или ICD в медицине) и описание наиболее эффективных способов их решения; 2) систематизация основных трудностей (проблем), возникающих в процессе психотерапии.

Первой и самой актуальной проблемой, связанной с применением проблемного подхода в психотерапии, можно считать создание классификационно-диагностической системы психологических проблем личности. Парадоксально, но в современной психотерапии такая система отсутствует. Каждый специалист на основе собственных знаний, опыта и научно-практической ориентации по-своему определяет проблему клиента. В результате процесс ориентации в психологических проблемах получает субъективный, интуитивный, а если специалист строго следует какому-то определенному теоретическому или практическому направлению, то и односторонний характер. Более того, феномен психологической проблемы,

ее сущность, характеристики, виды, критерии диагностики и дифференциации от других видов проблем (например, психиатрических) почти не изучены и не представлены в учебниках.

В этом направлении нами были предприняты некоторые шаги. Была предложена модель классификации психологических проблем [10], организована международная конференция, посвященная психологическим проблемам личности и построению классификационно-диагностической системы [7], создана предварительная версия классификационной системы психологических проблем [8]. Наши работы в этом направлении представлены в вышеупомянутых источниках, здесь же попытаемся кратко изложить суть этих исследований. Психологические проблемы мы классифицировали на основе формы их проявления и содержания [10]. С точки зрения формы мы выделили следующие виды психологических проблем: 1) осознанные, плохо осознанные и неосознанные; 2) причинные (отражающие причины других проблем) и следственные (являются следствием других проблем, например, тревога может быть следствием внутриличностного конфликта); 3) внешние (например, отрицательные эмоции) и глубинные (например, внутриличностные конфликты); 4) принятые и не принятые пациентом проблемы; 5) сложные и простые проблемы; 6) явные и скрытые проблемы; 7) реальные и вымышленные проблемы; 8) проблемы, которые представляет пациент, и проблемы, которые приписывают пациенту родственники или специалисты; 9) разрешимые и неразрешимые проблемы; 10) по значимости для субъекта можно выделить актуальные и неактуальные, основные и второстепенные психологические проблемы; 11) по временным характеристикам и остроте можно различить старые (например, старые обиды) и новые, хронические (проблемы, с которыми человек живет долгое время) и острые и т. п.

Классификация психологических проблем по содержанию была построена на основе структурной модели личности. Были выделены психическая, биологическая, социальная сферы, а также развитие личности, ее жизненный путь, настоящее и будущее. В каждой сфере были выделены подструктуры с их специфическими психологическими проблемами. (Например, в психической сфере были выделены проблемы, связанные с системой Я, с сознанием и критической оценкой действительности, с потребностно-мотивационной системой личности, с волей, с эмоциями и т. п.) В этой классификационной модели мы включили также психологические проблемы, выявленные в разных психотерапевтических школах (психо-

аналитические, экзистенциальные, когнитивные, бихевиоральные проблемы и др.).

Создание классификационно-диагностической системы психологических проблем с описанием наиболее эффективных способов их решения, не только будет способствовать повышению эффективности диагностики, лечения и обучения психотерапии, но и, на наш взгляд, даст возможность систематизировать психотерапевтические направления и методы на основе тех проблем, которые они успешно решают. Ведь современная психотерапия, по сути, является своеобразным конгломератом разных, не связанных между собой направлений, многие из которых претендуют на решение самых разнообразных психологических и даже соматических проблем (это примерно то же самое, как если бы один и тот же препарат был бы показан для терапии всех болезней).

Что касается применения проблемного подхода при конкретных, индивидуальных случаях психотерапии (выделение тех проблем, которые должны решаться на данном этапе психотерапии или на конкретной сессии), то здесь определенные успехи имеет проблемно-ориентированная психотерапия. Авторы этой системы определяют свой подход следующим образом: «Психотерапевт совместно с пациентом выбирает главную проблему из числа тех, с какими в данное время пациент сталкивается в жизни. Затем определяется реальная возможность ее решения за ограниченный период времени» [2, с. 8].

В психотерапии имеются многочисленные исследования, посвященные проблемам, возникающим в процессе психотерапии. Например, А.С. Аведисова и В.И. Бородин, ссылаясь на некоторые исследования, отмечают, что в процессе психотерапии могут обостряться имеющиеся симптомы пациента (например, утяжеление депрессии, тревоги, враждебности, обострение паранойи и т. п.) и даже появляться новые (например, злоупотребление алкоголем, гневливость, криминальные действия, суицидальные попытки, психотические эпизоды) [1, с. 17]. При этом это может произойти после прогресса в лечении. Некоторые исследования выявили психотерапевтические методы, которые потенциально могут отрицательно повлиять на пациента [16]. Существуют многочисленные исследования, посвященные проблемам взаимоотношений пациента и психотерапевта [21 и др.].

Нами было организовано исследование [5], в котором как пациенты, так и психотерапевты представляли те проблемы, с которыми они сталкивались в процессе психотерапии. Обобщая результаты опроса, автор выделила следующие группы проблем: 1) неэффективность выбранного метода

терапии при решении проблемы пациента; 2) проблемы, связанные с несовместимостью личностных характеристик пациента и терапевта; 3) проблемы, связанные с пониманием пациента и его проблем; 4) проблемы, связанные с грубым, неуважительным отношением терапевта к пациенту; 5) низкий уровень мотивации у пациента и отсутствие ответственности за преодоление своей проблемы; 6) проблемы, связанные с техническими обстоятельствами психотерапии (цены психотерапевтических услуг, проблемы связанные с кабинетом психотерапии, с внешним обликом терапевта и т. д.) [5].

На наш взгляд, можно выделить следующие категории проблем психотерапии: 1) проблемы психотерапии как метода лечения (проблемы, связанные с доказательностью психотерапии, с противопоказаниями, с отрицательным влиянием и побочными эффектами и т. д.); 2) проблемы, связанные с процессом решения психотерапевтических задач (например, проблемы, связанные с построением взаимоотношений психотерапевта и пациента, с диагностикой психологических проблем пациента, с выбором методов психотерапии, проблемы, связанные с мотивацией психотерапевта и пациента, с завершением курса психотерапии и т. д.); 3) технические проблемы психотерапии (например, проблемы, связанные с кабинетом психотерапии, количеством или продолжительностью психотерапевтических сеансов, финансовые проблемы и др.); 4) проблемы разных методов и направлений психотерапии (например, проблемы гипнотерапии, групповой, семейной терапии, когнитивной, психодинамической, клиентоцентрированной терапии и т. д.); 5) проблемы психотерапии разных психологических проблем, соматических и психосоматических болезней (например, проблемы терапии зависимостей, депрессии, психотерапии сердечнососудистых больных); 6) проблемы психотерапии разных возрастных групп (детской, подростковой психотерапии и т. д.); 7) проблемы, связанные с обучением психотерапии. В литературе встречаются многочисленные описания отдельных вопросов, связанных с каждой из этих категорий, однако систематизирующих, разносторонних исследований мы не смогли найти. Между тем как при осуществлении профессиональной деятельности, так и при обучении специалистов очень важны систематизированные знания о проблемах, с которыми сталкивается психотерапия и с описанием наиболее эффективных способов их преодоления.

Завершая эту статью, хотим отметить, что современная психотерапия нуждается в разностороннем применении проблемно-задачного подхода, в систематизации проблем и задач, связанных с психотерапевтической дея-

тельностью, в создании руководств, в которых будут представлены как классификационные системы проблем/задач, так и пути их решения. Такие руководства могут создаваться только коллективными усилиями на основе разносторонних исследований.

Литература

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. К проблеме нежелательных явлений при психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 01, № 3. – С. 16–19.
2. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. – М. : Класс. – 1998. – 272 с.
3. Геодакян В.А. Роль полов в передаче и преобразовании генетической информации // Проблемы передачи информации. – 1965. – Т. 1, № 1. – С. 105–112.
4. Жуковская З. Д., Каминская И. А. Реализация идей развивающего обучения через применение проблемно-задачной технологии обучения математике учащихся общеобразовательной школы // Вестник Воронежского гос. технического ун-та. – 2010. – №8. – С. 55–58.
5. Карапетян А.А. Психологические проблемы, возникающие между психологом и пациентом. Магистерская диссертация, АГПУ им. Х. Абовяна, факультет психологии образования и социологии. – Ереван, 2020. – 70 с.
6. Лопес Е.Г., Рудей О.А. Основы психотерапии : практ.-ориентир. пособие. – Екатеринбург : Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2006. – 103 с.
7. Психологические проблемы: характеристики, принципы классификации и диагностики [Электронный ресурс] / Материалы междунар. конф. 21–23 апреля 2019 г. – Ереван: Лимуш, 2019. – 483 с. URL: <https://problemconference2019.aspu.am/craig/conferencebook.pdf> (дата обращения 03.04.20).
8. Руководство по диагностике психологических проблем личности (Система психологических проблем личности: предварительная версия) / авторы-сост. С.С. Худоян, С.Г. Сукиасян, Н.С. Арутюнян; ред. С.О. Аракелян. – Ереван : Лимуш, 2019. – 184 с.
9. Худоян С.С. Проблемный подход и его роль в научной и практической психологии // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 107–110.
10. Худоян С.С. Модели классификации психологических проблем // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 98–105.
11. Arnold-Baker C., Van Deurzen E. Existential Psychotherapy: Philosophy and Practice / The Quick Theory Reference Guide: A Resource for Expert and Novice Mental Health Professionals / Ed. Jordon K. – N.Y.: Nova Science Publisher. – 2008. – P. 47–62.
12. Eells T. D. (Ed.). Handbook of psychotherapy case formulation. – Guilford Press. – 2007. – 448 p.
13. Havighurst R.S. Developmental tasks and education. – N.Y.: David Mckey comp. – 1972. – 338 p.

14. Kazantzis N., Dattilio F.M. Definitions of homework, types of homework, and ratings of the importance of homework among psychologists with cognitive behavior therapy and psychoanalytic theoretical orientations // *Journal of Clinical Psychology*. – 2010. – Vol. 66, N 7. – P. 758–773.

15. Kepner J.I. The Jossey-Bass social and behavioral science series. Healing tasks: Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse. Jossey-Bass. – 1995. – 334 p.

16. Lilienfeld S.O. Psychological Treatments That Cause Harm // *Perspect. Psychol. Sci.* – 2007. – Vol. 2, N 1. – Pp. 53–70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.

17. Makover R.B. Treatment planning for psychotherapists: a practical guide to better outcomes (3rd Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. 2016. – 208 p.

18. Meichenbaum D. Core tasks of psychotherapy: What «expert» therapists do [Электронный ресурс] / Continuing education workshop presented at Philadelphia. PA. – 2001. URL: https://www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum-Core_Tasks.pdf (дата обращения 10.08.2020).

19. Pascual-Leone A., Greenberg L.S., Pascual-Leone J. Developments in task analysis: New methods to study change // *Psychotherapy Research*. – 2009. – Vol. 19, N 4–5. – P. 527–542.

20. Petrik A.M., Kazantzis N. Homework in Psychotherapy // *Encyclopedia of Clinical Psychology*. – 2015. – P. 1–6. URL: <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbep081>.

21. Smith D., Fitzpatrick M. Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research [Электронный ресурс] // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 1995. – Vol. 26, N 5. – Pp. 499–506. URL: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.5.499> (дата обращения 10.08.2020).

22. Turk D.C., Flor H. The cognitive-behavioral approach to pain management / In: McMahon S.B., Koltzenburg M., [et al.] *Wall and Melzack's textbook of pain*. – London, England: Elsevier Churchill Livingstone. – 2006. – P. 339–348. Doi:10.1016/B0-443-07287-6/50027-8.

Поступила 12.09.2020

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

Для цитирования. Худоян С.С. Применение проблемно-задачного подхода в психотерапии // *Вестник психотерапии*. 2020. № 75 (80). С. 30–44.

APPLICATION OF THE PROBLEM-TASK APPROACH TO PSYCHOTHERAPY

Khudoyan S.S.

Samvel Sourenovich Khudoyan – Dr. Psychol. Sci. Prof., head of the department of applied psychology, Armenian State Pedagogical University, after Kh. Abovyan (Tigran Mets ave. 17, Yerevan, 0010, Armenia), e-mail: skhudoyan@hotmail.com.

Abstract. The problem-task approach is considered as a methodological principle of scientific research and practical with two components – task and problem approaches. According to this principle, psychotherapeutic phenomena must be analyzed from the point of view of those problems / tasks, the solution of which they are. The article highlights the areas of application of the problem-task approach in psychotherapy, and also presents the researches based on this approach.

Keywords: methodology of psychotherapy, problem-task approach, psychotherapeutic tasks, psychological problems of personality, problems of psychotherapy.

References

1. Avedisova A.S., Borodin V.I. K probleme nezhelatelnyh yavlenij pri psihoterapii [To the problem of adverse events in psychotherapy]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bextereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]. 2004. Vol. 01, N 3. Pp. 16–19. (In Russ.)
2. Blazer A., Hajm E., Ringer X., Tommen M. Problemno-orientirovannaya psihoterapiya. Integrativnyj podhod [Problem-oriented psychotherapy. Integrative approach]. Moskva. 1998. 272 p. (In Russ.)
3. Geodakyan V.A. Rol polov v peredache i preobrazovanii geneticheskoi informacii [The role of the sexes in the transmission and transformation of genetic information]. *Problemy peredachi informacii* [Problems of information transfer]. 1965. Vol. 1, N 1. Pp. 105–112. (In Russ.)
4. Zhukovskaya Z.D., Kaminskaya I.A. Realizaciya idej razvivayushhego obucheniya cherez primenenie problemno-zadachnoj tehnologii obucheniya matematike uchashhihsya obshheobrazovatelnoj shkoly [Implementation of the ideas of developmental education through the use of problem-problem technology for teaching mathematics to students of a comprehensive school]. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo tehničeskogo universiteta* [Bulletin of Voronezh State Technical University]. 2010. N 8. Pp. 55–58. (In Russ.)
5. Karapetyan A.A. Psihologicheskie problemy, voznikayushhie mezhdu psihologom i pacientom [Psychological problems arising between the psychologist and the patient]. Magisterskaya dissertaciya. Erevan, 2020. 70 p. (In Russ.)
6. Lopes E.G., Rudej O.A. Osnovy psihoterapii: Prakt.-orientir. Posobie [Fundamentals of psychotherapy: Practical-orientr. allowance]. Ekaterinburg. 2006. 103 p. (In Russ.)
7. Psihologicheskie problemy: harakteristiki, principy klassifikacii i diagnostiki [Psychological problems: characteristics, principles of classification and diagnostics]. Materialy mezhdunarodnoj konferencii. Erevan. 2019. 483 p. URL: <https://problemconference2019.aspu.am/cragir/conferencebook.pdf>. (In Russ.)

8. Rukovodstvo po diagnostike psihologicheskikh problem lichnosti (Sistema psihologicheskix problem lichnosti: predvaritelnaya versiya) [Manual on Diagnosis of Psychological Personality Problems (System of Psychological Personality Problems: Preliminary Version)] Ed. : S.O. Arakelyan. Erevan. 2019. 184 p. (In Russ.)

9. Khudoyan S.S. Problemnyj podxod i ego rol v nauchnoj i prakticheskoj psihologii [Problematic approach and its role in scientific and practical psychology]. *Teoreticheskaya i eksperimentalnaya psihologiya* [Theoretical and experimental psychology]. 2017. Vol. 10, N 4. Pp. 107–110. (In Russ.)

10. Khudoyan S.S. Modeli klassifikacii psihologicheskix problem [Khudoyan S.S. Models of classification of psychological problems]. *Teoreticheskaya i eksperimentalnaya psihologiya* [Theoretical and experimental psychology]. 2018. Vol. 11, N 4. Pp. 98–105. (In Russ.)

11. Arnold-Baker C., Van Deurzen E. Existential Psychotherapy: Philosophy and Practice. *The Quick Theory Reference Guide: A Resource for Expert and Novice Mental Health Professionals*. Ed. : Jordon K. N.Y.: Nova Science Publisher. 2008. Pp. 47–62.

12. Eells T. D. (Ed.). Handbook of psychotherapy case formulation. Guilford Press. 2007. 448 p.

13. Havighurst R.S. Developmental tasks and education. N.Y.: David Mckey comp. 1972. 338 p.

14. Kazantzis N., Dattilio F.M. Definitions of homework, types of homework, and ratings of the importance of homework among psychologists with cognitive behavior therapy and psychoanalytic theoretical orientations. *Journal of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 66, N 7. Pp. 758–773.

15. Kepner J.I. The Jossey-Bass social and behavioral science series. Healing tasks: Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse. Jossey-Bass. 1995. 334 p.

16. Lilienfeld S.O. Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspect. Psychol. Sci.* 2007. Vol. 2, N 1. Pp. 53–70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.

17. Makover R.B. Treatment planning for psychotherapists: a practical guide to better outcomes (3rd Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. 2016. 208 p.

18. Meichenbaum D. Core tasks of psychotherapy: What «expert» therapists do *Continuing education workshop* presented at *Philadelphia*. PA. 2001. URL: https://www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum-Core_Tasks.pdf.

19. Pascual-Leone A., Greenberg L.S., Pascual-Leone J. Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*. 2009. Vol. 19, N 4–5. Pp. 527–542.

20. Petrik A.M., Kazantzis N. Homework in Psychotherapy. *Encyclopedia of Clinical Psychology*. 2015. Pp. 1–6. URL: <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp081>.

21. Smith D., Fitzpatrick M. Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995. Vol. 26, N 5. Pp. 499–506. URL: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.5.499>.

22. Turk D.C., Flor H. The cognitive-behavioral approach to pain management / In: McMahon S.B., Koltzenburg M., [et al.] Wall and Melzack's textbook of pain. London, England: Elsevier Churchill Livingstone. 2006. Pp. 339–348. Doi:10.1016/B0-443-07287-6/50027-8.

Received 12.09.2020

For citing. Khudoyan S.S. Primenenie problemno-zadachnogo podxoda v psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 30–44. **(In Russ.)**

Khudoyan S.S. Application of the problem-task approach to psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 30–44.

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ И НАРУШЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Целью исследования было определение взаимосвязей между параметрами ситуационного анализа и особенностями саморегуляции у лиц с расстройствами личности, совершивших противоправные действия. В Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва) были обследованы 158 мужчин с диагнозом «Расстройство зрелой личности» (F60-61), из них 26 были признаны ограниченно вменяемыми. Оценены индивидуально-психологические особенности саморегуляции с помощью комплекса методик, построенных по принципу функциональных проб и опросных листов. Особенности ситуационного анализа диагностировались с помощью авторской полупроективной методики «Ситуационный анализ». Были определены взаимосвязи между степенью дизрегуляции поведения и показателями ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности, а также выявлены различия ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности в зависимости от характеристик условий (информационная, эмоциональная насыщенность, противоречивость и неопределенность). Было установлено, что наибольший вклад в отнесение обследованных с расстройствами личности в группу лиц с нарушениями саморегуляции вносят низкая адекватность интерпретации ситуации, выдвижение малого количества адекватных альтернатив при прогнозировании, низкая социальная приемлемость прогноза, дефицитарность распознавания эмоционального компонента ситуации.

Ключевые слова: саморегуляция, ситуационный анализ, расстройства личности.

Введение

Проблема соотношения сохранных и нарушенных звеньев психики, оценки выраженности нарушений саморегуляции поведения и вклада психопатологического, личностного и ситуационного фактора в регуляцию поведения являются ведущими направлениями медицинской психологии.

Шеховцова Елена Сергеевна – науч. сотр. отд-ния психогений и расстройств личности, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: shiha.l@mail.ru.

Влияние психопатологических и индивидуально-психологических факторов на возникновение явлений дизрегуляции поведения является наиболее разработанной темой исследований, в то время как специфика воздействия ситуативного фактора на способность к осознанной регуляции не является достаточно изученной.

Успешность функционирования индивида определяется его способностью к совершению осознанного выбора поведения в конкретной ситуации, которая сопряжена с процессами целеполагания и целедостижения и основывается на физиологических механизмах саморегуляции [5]. Так, по данным нейропсихологических и нейрофизиологических исследований осознанная регуляция поведения связана со способностью правильно воспринимать и анализировать условия протекания деятельности [4, 8].

При выделении характеристик ситуационного анализа, особых внимания отечественными исследователями уделяется способности правильно воспринимать ситуацию, выделять в ней значимые и второстепенные элементы, осуществлять поиск дополнительной информации, формировать новые паттерны поведения, прогнозировать дальнейшее развитие ситуации, корректировать свое поведение в соответствии с изменяющимися условиями [3, 8].

Зарубежные авторы особо подчеркивают невозможность анализа поведения человека без учета как конкретной ситуации, в которой оно осуществляется, так и жизненной ситуации в целом [13]. В отечественной психологии научная проблематика ситуационного анализа разрабатывалась в экстремальной и военной психологии для решения задач профессионального отбора и подготовки специалистов [10].

В отечественной медицинской психологии подчеркивается связь между той или иной формой психической патологии и способностью анализировать ситуацию в условиях социального взаимодействия и осуществлять осознанную регуляцию поведения [11]. Зарубежные исследователи рассматривают нарушения ситуационного анализа, связанные с недостаточностью восприятия и переработки информации, оценки результатов и последствий, как один из факторов криминализации лиц с психическими расстройствами [15].

Соответственно, проблема оценки сохранности способности к осознанной регуляции поведения приобретает особую актуальность при производстве судебно-психологических и судебно-психиатрических экспертиз, одной из задач которых выступает оценка способности индивида в криминальной ситуации осознавать фактический характер и общественную

опасность своих действий и/или руководить ими. Способность «руководить своими действиями» тесно связана со способностью к саморегуляции и определяется как возможность контролировать свое поведение в конкретной ситуации.

Отдельно следует отметить влияние ситуативных факторов на лиц с пограничными формами психической патологии, особенно с расстройствами личности. Как подчеркивает В.В. Нечипоренко с соавт., причинами дисрегуляции поведения у лиц с расстройствами личности могут выступать как собственно личностная патология, так и особенности ситуации [9]. Отечественные психологи и психиатры среди ситуативных факторов нарушения осознанной регуляции поведения выделяют эмоциональную насыщенность, конфликтность или неоднозначность условий протекания деятельности [7, 12].

В исследованиях социальной перцепции также подчеркивается негативное влияние эмоциональной насыщенности на ситуационный анализ лиц с расстройствами личности, так, для них характерна склонность к негативной интерпретации поведения других людей, которая возникает в эмоционально-насыщенных условиях [1, 9].

Несмотря на значимость особенностей ситуационного анализа в возникновении регулятивных нарушений, на современном этапе развития науки существует дефицит инструментария, направленного на оценку особенностей ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности. Необходимость применения специализированных диагностических методов обусловлена потребностью в выделении критериев способности к анализу условий протекания деятельности, отражающих специфику ситуационного анализа при реализации криминального поведения [6, 14].

Таким образом, существует потребность в выделении показателей саморегуляции, непосредственно сопряженных с нарушением ситуационного анализа, для решения диагностических задач и оценки выраженности дисрегуляции поведения у лиц с расстройствами личности, что и определило цель данного исследования.

Материал и методы

Были обследованы 158 лиц мужского пола с установленным диагнозом «Расстройство зрелой личности» (F60-61), обвиняемых в совершении общественно опасных действий и проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр

психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Из них к 26-ти было рекомендовано применение ст. 22 УК РФ («Ограниченная вменяемость»).

Основным методом оценки особенностей ситуационного анализа выступала полупроективная методика «Ситуационный анализ» [2]. Данный метод направлен на оценку аналитических и прогностических возможностей в зависимости от ситуации. При анализе полученных результатов учитывается степень информационной насыщенности анализируемой ситуации (информационная избыточность/достаточность/недостаточность), наличие перцептивных помех (повышенная неопределенность), степень эмоциональной насыщенности и противоречивости ситуации.

Результаты оценивались по представленной схеме. В стимульном материале для каждого типа ситуаций в зависимости от степени информационной насыщенности предъявлялись три типа условий: повышенная неопределенность (при наличии перцептивных помех), эмоциональная насыщенность и противоречивость. Схема анализа результатов по методике «Ситуационный анализ» представлена на рис. 1.



Рис. 1. Схема анализа результатов по методике «Ситуационный анализ»

Дополнительно для выделения связей переменных ситуационного анализа с особенностями регулятивной системы в целом использовался

следующий методический комплекс. Для оценки структуры саморегуляции и уровня ее развития использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой. Для диагностики способности ориентироваться и действовать в условиях неопределенности, в том числе и в ситуации межличностного взаимодействия, применялся «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой. Для оценки степени влияния внешних факторов на успешность деятельности и оценку ригидности/гибкости когнитивного контроля использовалась методика «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа (Stroop Task). Для выявления ведущего стиля (рефлексивного или импульсивного) анализа когнитивно сложной ситуации применялась методика «Сравнение похожих рисунков» – Matching Familiar Figures Test (MFFT) Дж. Кагана.

Статистическая обработка данных включала методы дескриптивной статистики и частотного анализа, методы Краскела–Уоллиса, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), корреляционный анализ с использованием критерия Спирмена, дискриминантный анализ, построение ROC-кривых. Анализ данных производился с помощью программ SPSS 23 и Microsoft Office Excel 2019.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования был проведен сравнительный анализ внутри группы лиц, с различными формами психической патологии. Было выявлено, что существуют статистически достоверные различия ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности в зависимости от качественных характеристик ситуации.

В условиях, содержащих малое количество информации (информационный дефицит), ситуационный анализ лиц с расстройствами личности характеризуется достаточно высоким уровнем анализа и прогноза ситуации: они способны адекватно интерпретировать, полно и детализировано описывать ситуацию, выдвигать достаточное количество адекватных ситуации гипотез. При этом отмечается снижение детализации описания при наличии противоречия в ситуации ($p < 0,01$) и уменьшение количества адекватных альтернатив в условиях повышенной неопределенности ($p < 0,01$). При повышенной эмоциональной насыщенности ситуации отмечается дефицитарность распознавания эмоционального компонента ситуации ($p < 0,05$), при этом составляемый прогноз отличается высокой социальной приемлемостью ($p < 0,001$) и низкой агрессивной направленностью ($p < 0,001$) (рис.2).

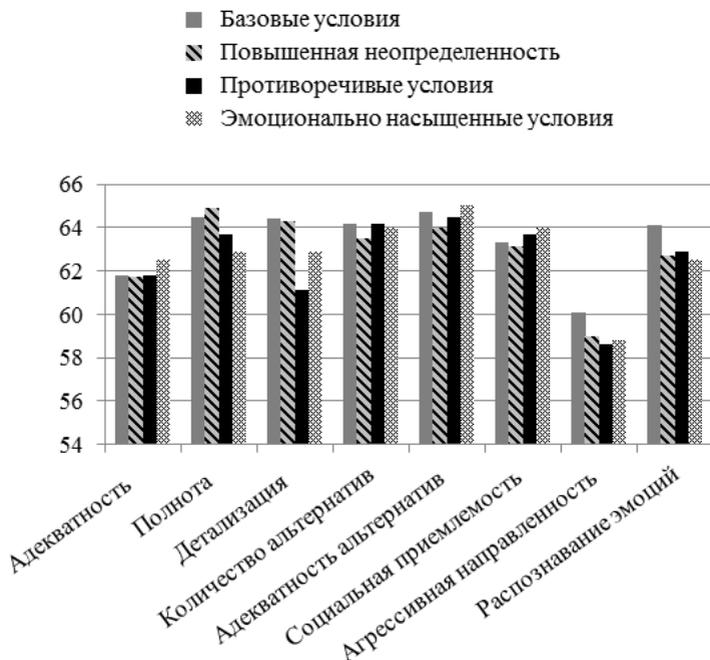


Рис. 2. График средних значений показателей «Ситуационного анализа» у лиц с расстройствами личности в условиях информационного дефицита

Таким образом, при информационном дефиците у лиц с расстройствами личности нарушения ситуационного анализа связаны с условиями повышенной неопределенности и информационной противоречивости. При повышенной эмоциональной насыщенности отмечается улучшение качества прогноза, при этом способность восприятия эмоционального контекста ситуации снижается.

При достаточном количестве информации (информационная достаточность) ситуационный анализ у лиц с расстройствами личности характеризуется преобладанием агрессивно направленных гипотез при составлении прогноза в условиях повышенной неопределенности ($p < 0,001$) и достаточно развитой способностью к адекватному социально ориентированному прогнозированию ($p < 0,001$). Аналитические способности являются достаточно развитыми, обнаруживается увеличение адекватности интерпретации в эмоционально насыщенных ($p < 0,05$), перцептивно сложных ($p < 0,05$) и противоречивых условиях ($p < 0,05$). При этом эмоциональная на-

сыщенность не оказывает положительного влияния на способность распознавать эмоциональный компонент ситуации (рис. 3).

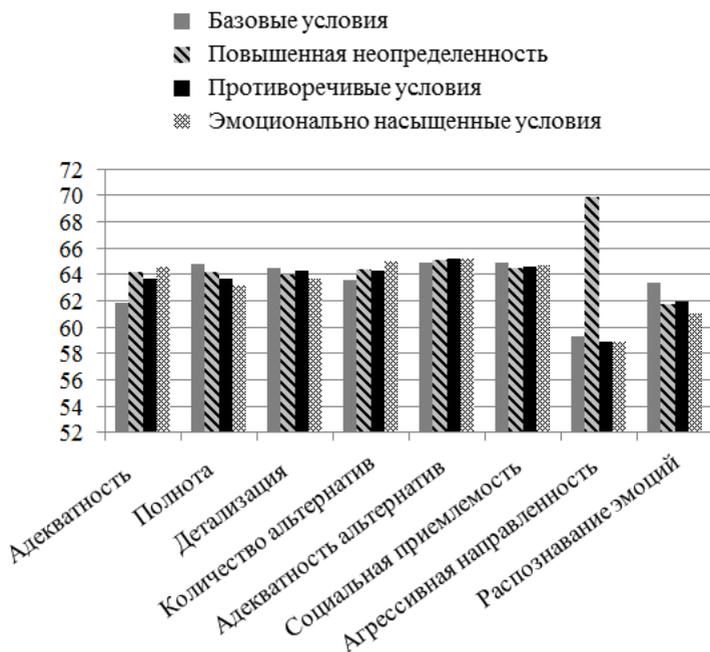


Рис.3. График средних значений показателей «Ситуационного анализа» у лиц с расстройствами личности в условиях информационной достаточности

Таким образом, при информационной достаточности у лиц с расстройствами личности наибольший риск дисрегуляции, связанной с реализацией агрессивных моделей поведения, может возникать в условиях повышенной неопределенности. При этом отмечается достаточно высокая способность к саморегуляции при информационной достаточности у лиц с расстройствами личности.

В условиях, содержащих избыточное количество информации (информационная избыточность), ситуационный анализ у лиц с расстройствами личности характеризуется высокой степенью развития аналитических и прогностических способностей. Однако отмечается некоторое снижение адекватности интерпретации в условиях повышенной эмоциональной насыщенности ($p < 0,05$). Также отмечается снижение количества адекват-

ных альтернатив дальнейшего развития ситуации в условиях повышенной неопределенности ($p < 0,001$) (рис. 4).

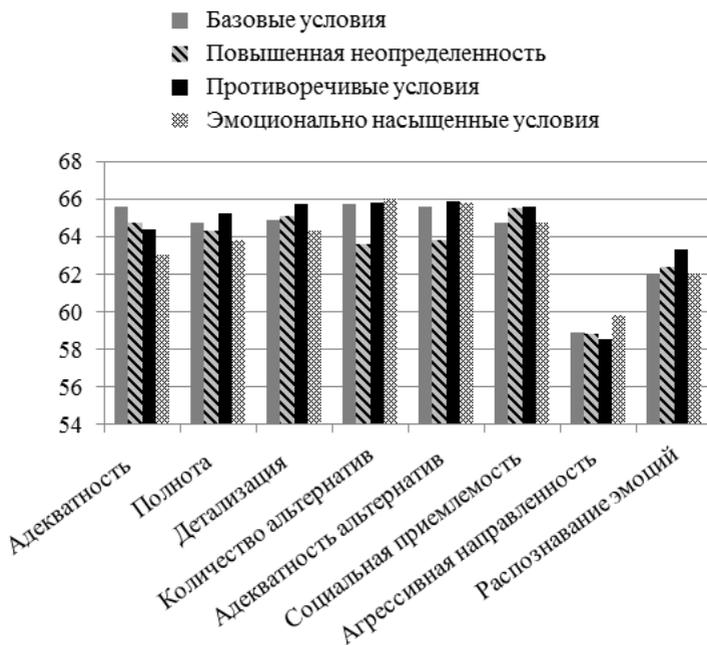


Рис. 4. График средних значений показателей «Ситуационного анализа» у лиц с расстройствами личности в условиях информационной избыточности

При информационной избыточности у лиц с расстройствами личности наибольший риск дисрегуляции сопряжен со снижением адекватности интерпретации при высокой эмоциональной насыщенности ситуации и прогностическими нарушениями при высоком уровне неопределенности ситуации.

На втором этапе для оценки вклада переменных, отражающих специфику ситуационного анализа, в отнесение лиц с расстройствами личности в группы в зависимости от степени сохранности способности руководить ими в криминальной ситуации был проведен однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Было установлено, что в отнесение лиц с расстройствами личности в группу лиц с нарушениями регуляции поведения в криминальной ситуации

(«ограниченная вменяемость») в условиях информационного дефицита вносят значимый вклад следующие переменные: наличие значительного количества агрессивных вариантов развития ситуации ($p < 0,05$), в том числе при высокой противоречивости ситуации ($p < 0,01$), низкая степень адекватности интерпретации ситуации при повышенной неопределенности ($p < 0,01$), противоречивости ($p < 0,05$) и эмоциональной насыщенности ситуации ($p < 0,01$) (табл. 1).

Таблица 1

Различия переменных ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности, признанных вменяемыми и ограниченно вменяемыми (ситуация информационного дефицита)

Условия	Параметр	Вменяемость		Ограниченная вменяемость		p
		М	SD	М	SD	
Базовые	Агрессивное прогнозирование	0,1	0,3	0,4	0,5	0,044
Повышенная неопределенность	Адекватная интерпретация	0,9	0,2	0,8	0,3	0,011
Противоречивая ситуация	Адекватная интерпретация	0,9	0,2	0,8	0,3	0,002
	Агрессивное прогнозирование	0,1	0,3	0,4	0,5	0,004
Эмоциональная насыщенность	Адекватная интерпретация	0,9	0,2	0,8	0,3	0,003

В условиях информационной избыточности значимыми компонентами «Ситуационного анализа», вносящими вклад в отнесение обследованных в группу лиц с расстройствами личности и дизрегуляцией поведения, выступают значительное количество агрессивных альтернатив в составляемом прогнозе ($p < 0,05$) и малая адекватность интерпретации ситуации при эмоциональной насыщенности ($p < 0,01$) (табл. 2).

С помощью дискриминантного анализа были выделены переменные ситуационного анализа, вносящие наибольший значимый вклад в отнесение испытуемых с расстройствами личности к группе лиц с нарушениями регуляции поведения.

Было установлено, что в отнесение лиц с расстройствами личности в группу лиц, признанных ограниченно вменяемыми, вносят вклад следующие переменные ситуационного анализа. При информационном дефиците в условиях повышенной неопределенности наибольший вклад вносят выдвижение малого количества альтернатив при прогнозировании (ЛДФ =

-21,037), низкая степень адекватности предложенных альтернатив (ЛДФ = -11,316); в противоречивых условиях – малое количество выдвигаемых альтернатив (ЛДФ = 9,680), недостаточность распознавания эмоционального состояния участников ситуации (ЛДФ = 12,014) и низкая адекватность интерпретации ситуации (ЛДФ = 25,323).

Таблица 2

Различия переменных ситуационного анализа у лиц с расстройствами личности, признанных вменяемыми и ограниченно вменяемыми (ситуация информационной избыточности)

Условия	Параметр	Вменяемость		Ограниченная вменяемость		p
		М	SD	М	SD	
Базовые	Агрессивное прогнозирование	0,1	0,3	0,4	0,5	0,017
Эмоциональная насыщенность	Адекватная интерпретация	0,9	0,2	0,8	0,3	0,005

При информационной достаточности переменными, вносящими наибольший вклад в отнесение лиц с расстройствами личности в группу лиц с дисрегуляцией поведения являются: при повышенной неопределенности – трудности распознавания эмоционального компонента ситуации (ЛДФ = -7,712), низкая социальная приемлемость (ЛДФ = 50,467) и большая агрессивная направленность прогноза (ЛДФ = 19,417), в том числе, при высокой эмоциональной насыщенности (ЛДФ = 15,917).

При информационной избыточности в условиях высокой эмоциональной насыщенности наибольший вклад вносят наличие агрессивно направленного прогнозирования (ЛДФ = 30,731), малое количество выдвигаемых альтернатив (ЛДФ = -26,680), недостаточная детализация описаний (ЛДФ = 64,695); в условиях повышенной неопределенности – малое количество альтернатив при прогнозировании (ЛДФ = 33,930), в том числе недостаточная их адекватность ситуации (ЛДФ = -17,444). По результатам проверки качества дискриминантных моделей с помощью построения ROC-кривых было установлено следующее: чувствительность модели высокая (98,8 %), специфичность – высокая (92,9 %).

Для установления связей переменных, отражающих специфику ситуационного анализа, с другими компонентами саморегуляции был использован метод корреляционного анализа. Были выявлены следующие взаимосвязи индивидуально-психологических параметров.

Было установлено, что в условиях информационного дефицита вне зависимости от типа ситуации (эмоциональная насыщенность, повышенная неопределенность) способность к максимально полному описанию ситуации связана с количеством верных ($R = 0,422$, $p < 0,001$) и ошибочных ($R = -0,425$, $p < 0,001$) ответов в когнитивно сложной ситуации.

В условиях информационного дефицита и информационной избыточности (в том числе при эмоциональной насыщенности) высокая степень детализации описаний также связана с количеством верных ($R = 0,421$, $p < 0,001$) и ошибочных ($R = -0,418$, $p < 0,001$) ответов в когнитивно сложной ситуации, ригидностью когнитивного контроля ($R = -0,344$, $p < 0,001$).

Во всех типах условий (информационный дефицит, достаточность и избыточность), в том числе при повышенной неопределенности, информационной противоречивости и эмоциональной насыщенности выявлена взаимосвязь количества выдвигаемых альтернатив и количества верных ($R = 0,534$, $p < 0,001$) и ошибочных ($R = -0,545$, $p < 0,001$) ответов в когнитивно сложной ситуации. Также количество выдвигаемых альтернатив при информационном дефиците связано с ригидностью когнитивного контроля ($R = -0,354$, $p < 0,001$), а при информационной достаточности – с общим уровнем саморегуляции ($R = -0,354$, $p < 0,001$).

Способность распознавать эмоциональные состояния вне зависимости от типа условий (информационный дефицит, достаточность и избыточность) и особенностей ситуации (повышенная неопределенность, эмоциональная насыщенность, информационная противоречивость) коррелирует с толерантностью к неопределенности ($R = 0,345$, $p < 0,001$). Также в условиях информационной достаточности при повышенной неопределенности ситуации обнаруживается связь с общим уровнем саморегуляции ($R = 0,322$, $p < 0,001$).

Таким образом, наибольшее количество связей со способностью к саморегуляции имеют такие параметры «Ситуационного анализа», как полнота и детализация описаний, способность распознавать эмоциональные состояния других людей, выдвигать большое количество альтернатив.

Выводы

1. Ситуационный анализ у лиц с расстройствами личности связан с конкретными условиями протекания деятельности. Так, дизрегуляция поведения у лиц с расстройствами личности сопряжена с трудностями комплексного анализа и описания ситуации, при этом риск возникновения регулятивных нарушений повышается при информационном дефиците и из-

быточности, а также в эмоционально насыщенных и противоречивых условиях.

2. Нарушения осознанной регуляции поведения у лиц с расстройствами личности связаны с неспособностью воспринять и детализировано описать ситуацию, распознавать эмоциональные состояния других людей и выдвигать большое количество гипотез дальнейшего развития ситуации.

3. Наибольший вклад в отнесение лиц с расстройствами личности в группу с лиц с нарушениями саморегуляции поведения вносят низкая адекватность интерпретации ситуации, выдвижение малого количества адекватных альтернатив при прогнозировании, дефицитарность распознавания эмоциональных состояний участников ситуации при информационном дефиците; при информационной достаточности – трудности распознавания эмоционального компонента ситуации, низкая социальная приемлемость прогноза; при информационной избыточности – агрессивная направленность прогноза, малое количество адекватных альтернатив.

Литература

1. Бенишвили К.Е., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при пограничном расстройстве личности как важная мишень психотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2017. – № 3. – С. 16–26.

2. Бульгина В.Г., Шеховцова Е.С. Дубинский А.А. Ситуационный анализ в норме и при психической патологии // Психическое здоровье. – 2018. – № 2. – С. 26–31.

3. Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением: монография. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2004. – 352 с.

4. Кирой В.Н., Бахтин О.М., Миняева Н.Р. Отражение в параметрах связанных с событиями потенциалов функционирования механизма прогнозирования временного ряда событий // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2019. – Т. 69, № 1. – С. 23–36.

5. Кузнецова Д.В., Мильчакова В.А. Проблема психофизической саморегуляции: современные концепции и их физиологические механизмы // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 66–91.

6. Кузнецова Е.В. Проблема саморегуляции индивидуального стиля поведения личности // Социальная политика и социология. – 2011. – № 7 (73). – С. 341–351.

7. Лапшина Е.Н. Особенности саморегуляции лиц, признанных ограниченно вменяемыми : дис. ... канд. психол. наук. – М.: ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», 2006. – 265 с.

8. Микадзе Ю.В. Нейропсихологический контекст понятия «регуляция психической деятельности». – М.: Издательство МГППУ, 2013. – С. 181–188.

9. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Баурова Н.Н. [и др.] О традиционных и современных подходах к изучению расстройств личности // Вестник психотерапии. – 2019. – № 71 (76). – С. 7–25.

10. Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г. Диагностические возможности теоретического конструкта «самоконтроль» // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 11–16.

11. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Часть I. Концепция «Социальный мозг» – продукт современной нейронауки // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 3. – С. 86–94.

12. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 31–42.

13. Large M., Nielssen O. The limitations and future of violence risk assessment // World Psychiatry. – 2017. – Vol.16, N 1. – P. 25–26.

14. Ward T. Prediction and agency: The role of protective factors in correctional rehabilitation and desistance // Aggression and Violent Behavior. – 2017. – Vol. 32. – P. 19–28.

15. Zeier, J.D., Newman J.P. Feature-Based Attention and Conflict Monitoring in Criminal Offenders: Interactive Relations of Psychopathy with Anxiety and Externalizing // J. Abnorm. Psychol. – 2013. – Vol. 122, N 3. – P. 797–806.

Поступила 09.07.2020

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

Для цитирования. Шеховцова Е.С. Ситуационный анализ и нарушения саморегуляции у лиц с расстройствами личности // Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 45–59.

SITUATIONAL ANALYSIS AND REGULATORY ABNORMALITIES IN INDIVIDUALS WITH PERSONALITY DISORDERS

Shekhovtsova E.S.

Elena Sergeevna Shekhovtsova – Research Associate of the Department of psychogenic and personality disorders, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: shiha.l@mail.ru.

Abstract. The purpose of the article was the determination of the relationships between the parameters of the situational analysis and the characteristics of self-regulation in people with personality disorders that commit illegal actions were deter-

mined. In V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Moscow) 158 men with a diagnosis of “Personality disorder” (F60-61) were examined, 26 of them were recognized as limited sanity. Assessment of individual psychological characteristics of self-regulation using a set of techniques built on the principle of functional tests and questionnaires. Features of the situational analysis were diagnosed using the author's semi-projective methodology “Situational analysis”. The relationships between the degree of dysregulation of behavior and indicators of situational analysis in individuals with personality disorders were determined, and differences in the situational analysis in individuals with personality disorders were identified depending on the characteristics of the conditions (informational, emotional richness, inconsistency and uncertainty). It was found that the greatest contribution to the classification of persons with personality disorders as a group of people with self-regulation disorders is made by the low adequacy of the interpretation of the situation, the advancement of a small number of adequate alternatives in forecasting, the low social acceptability of the forecast, and the lack of recognition of the emotional component of the situation.

Keywords: self-regulation, situational analysis, personality disorders.

References

1. Beniashvili K.E., Holmogorova A.B. Narusheniya socialnogo poznaniya pri pogramichnom rasstrojstve lichnosti kak vazhnaya mishen psihoterapii [Violations of social cognition in borderline personality disorder as an important target of psychotherapy]. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv* [Modern therapy of mental disorders]. 2017. N 3. Pp. 16–26. (In Russ.)
2. Bulygina V.G., SHekhovcova E.S. Dubinskij A.A. Situacionnyj analiz v norme i pri psihicheskoy patologii [Situational analysis is normal and in mental pathology]. *Psichicheskoe zdorove* [Mental health]. 2018. N 2. Pp. 26–31. (In Russ.)
3. Dozorceva E.G. Anomalnoe razvitie lichnosti u podrostkov s protivopravnym povedeniem [Anomalous personality development in adolescents with illegal behavior]. Moskva. 2004. 352 p. (In Russ.)
4. Kiroj V.N., Bahtin O.M., Minyaeva N.R. Otrazhenie v parametrah svyazannyh s sobytiami potencialov funkcionirovaniya mekhanizma prognozirovaniya vremennogo ryada sobytij [Reflection in the parameters of the event-related potentials of the functioning of the mechanism for predicting the time series of events]. *Zhurnal vysshej nervnoj deyatelnosti im. I.P. Pavlova* [Journal of Higher Nervous Activity named after I.P. Pavlova]. 2019. Vol. 69, N 1. Pp. 23–36. (In Russ.)
5. Kuznecova D.V., Milchakova V.A. Problema psihofizicheskoy samoreguljaccii: sovremennye koncepcii i ih fiziologicheskie mekhanizmy [The problem of psychophysical self-regulation: modern concepts and their physiological mechanisms]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 66–91. (In Russ.)
6. Kuznecova E.V. Problema samoreguljaccii individualnogo stilya povedeniya lichnosti [The problem of self-regulation of the individual style of personality behavior]. *Socialnaya politika i sociologiya* [Social policy and sociology]. 2011. N 7 (73). Pp. 341–351. (In Russ.)

7. Lapshina E.N. Osobennosti samoregulyatsii lic, priznannyh ogranichenno vmenyaemymi [Features of self-regulation of persons recognized as limited sane] : dis. ... PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2006. 265 p. (In Russ.)

8. Mikadze YU.V. Nejropsihologicheskij kontekst ponyatiya «regulyaciya psichicheskoy deyatel'nosti» [Neuropsychological context of the concept of «regulation of mental activity»]. Moskva. 2013. Pp. 181–188. (In Russ.)

9. Nechiporenko V.V., Lytkin V.M., Baurova N.N. [et al.] O traditsionnyh i sovremennyh podhodah k izucheniyu rasstrojstv lichnosti [On traditional and modern approaches to the study of personality disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 71 (76). Pp. 7–25. (In Russ.)

10. Rybnikov V.YU., Bulygina V.G. Diagnosticheskie vozmozhnosti teoreticheskogo konstrukta «samokontrol» [Diagnostic capabilities of the theoretical construct «self-control»]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2015. N 1. Pp. 11–16. (In Russ.)

11. Rychkova O.V., Holmogorova A.B. Konceptsiya «socialnogo mozga» kak osnovy socialnogo poznaniya i ego narushenij pri psichicheskoy patologii. CHast I. Konceptsiya «Socialnyj mozg» – produkt sovremennoj nejronauki [The concept of the «social brain» as the basis of social knowledge and its disorders in mental pathology. Part I. The concept of «Social Brain» is a product of modern neuroscience]. *Kulturno-istoricheskaya psihologiya* [Cultural and historical psychology]. 2012. N 3. Pp. 86–94. (In Russ.)

12. Savina O.F., Makushkin E.V., Morozova M.V. Algoritm ekspertnogo issledovaniya dizregulyatsii deyatel'nosti v kriminal'noj situatsii u lic s psichicheskimi rasstrojstvami [Algorithm for expert research on the dysregulation of activities in a criminal situation in persons with mental disorders]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian psychiatric journal]. 2018. N1. Pp. 31–42. (In Russ.)

13. Large M., Nielsen O. The limitations and future of violence risk assessment. *World Psychiatry*. 2017. Vol.16, N 1. Pp. 25–26.

14. Ward T. Prediction and agency: The role of protective factors in correctional rehabilitation and desistance. *Aggression and Violent Behavior*. 2017. Vol. 32. Pp. 19–28.

15. Zeier J.D., Newman J.P. Feature-Based Attention and Conflict Monitoring in Criminal Offenders: Interactive Relations of Psychopathy with Anxiety and Externalizing. *J. Abnorm. Psychol.* 2013. Vol. 122, N 3. Pp. 797–806.

Received 09.07.2020

For citing. Shekhovtsova E.S. Situacionnyj analiz i narusheniya samoregulyatsii u lic s rasstrojstvami lichnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 45–59. **(In Russ.)**

Shekhovtsova E.S. Situational analysis and regulatory abnormalities in individuals with personality disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 45–59.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
(Россия, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3)

В статье приведены результаты оценки приверженности к лечению пациентов с диагнозом «хроническая почечная недостаточность» до трансплантации, находящихся в листе ожидания и проходящих процедуру гемодиализа и пациентов через месяц после трансплантации почки. Оценка приверженности осуществлялась с помощью опросника «Количественная оценка приверженности к лечению (КОП-25)». Результаты исследования позволили обосновать необходимость мониторинга приверженности пациентов с хронической почечной недостаточностью на всех этапах трансплантации.

Ключевые слова: комплаентность, комплайнс, приверженность к лечению, трансплантация почки, хроническая почечная недостаточность, лист ожидания, трансплантация органов, психологическое сопровождение пациентов до трансплантации, диализ, гемодиализ.

Введение

По данным RusTransplant [7], за десятилетний период (с 2009 по 2019 г.) в России почти в 2 раза увеличилось количество трансплантаций почки. Только в 2019 г. было выполнено 1373 трансплантации почки взрослым по сравнению с 830 операциями в 2009 г. Несмотря на увеличение количества операций, неуклонное прогрессирование и развитие угрожающих жизни осложнений при хронической почечной недостаточности

Лысенко Юлия Сергеевна – мед. психолог, мл. науч. сотр., Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

✉ Микита Олеся Юрьевна – канд. психол. наук, зав. учеб. центром, науч. сотр. отделения трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Пинчук Алексей Валерьевич – д-р. мед. наук, зав. науч. отделением трансплантации почки и поджелудочной железы, Научно-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3);

Хубутия Анзор Шалвович – академик РАН, д-р мед. наук профессор, главный трансплантолог ДЗ, президент Научно-исслед. ин-та скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3).

(ХПН) продолжает оставаться высоким. Примерно 9400 человек находятся в «листе ожидания», ждут очереди на трансплантацию почки. Постановка диагноза и прохождение гемодиализа на фоне длительного ожидания трансплантации почки приводят к сильнейшему переживанию стресса, оказывающему влияние на психологический статус пациентов, их эмоциональное состояние и качество жизни в целом [2, 3, 4]. В связи с этим остро встает вопрос о приверженности к лечению у пациентов, ведь несоблюдение рекомендаций врачей, наличие отрицательной мотивации к предстоящей операции (из-за страха боли, наркоза и его последствий) может свести на «нет» все старания медицинского персонала. Это свидетельствует о важности оценки комплаентности пациентов с целью определения мишеней психокоррекционной работы и адаптации проводимого им лечения. Благодаря данному исследованию мы сможем индивидуализировать психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на всех этапах трансплантации.

Таким образом, целью исследования являлась сравнительная оценка уровня приверженности к лечению пациентов с выраженной хронической почечной недостаточностью, находящихся в листе ожидания и через месяц после трансплантации почки.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе отделения трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ им. Н.В. Склифосовского. Обследовано 2 группы пациентов:

1. 32 пациента до трансплантации почки с диагнозом ХПН, которые находились в листе ожидания. Средний возраст пациентов: $48,06 \pm 10,21$ лет. Гендерный состав: 40 % мужчины, 60 % женщины;

2. 37 пациентов через месяц после трансплантации почки с диагнозом ХПН. Средний возраст пациентов: $49,49 \pm 11,04$ лет. Гендерный состав: 41 % мужчины, 59 % женщины.

Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью опросника «Количественная оценка приверженности к лечению (КОП-25)» [1, 5, 6]. Данный опросник позволил оценить и сравнить уровень приверженности пациентов до трансплантации и через месяц после трансплантации почки, а также по показателям «приверженности к лекарственной терапии», «приверженности к медицинскому сопровождению», «приверженности к модификации образа жизни» и «общей приверженности к лечению». Выявленный уровень приверженности используют для оценки общей при-

верженности к лечению. Для этого полученные данные сравнивают с диапазонами значений уровня приверженности (табл. 1). Параметры могут рассматриваться как изолированно, так и во взаимосвязи друг с другом [5].

Таблица 1

Уровни приверженности к лечению

Уровень приверженности		Интерпретация
Высокий	от 76 % и выше	Медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться будут или скорее будут
Средний	от 51 до 75 %	Медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться скорее будут, чем не будут
Низкий	от 50 % и менее	Медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Office Excel 2010, SPSS for Windows Version 22.0. Применялись дескриптивный анализ (вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и ошибок средних значений (m), а также расчет U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их анализ

Для выявления достоверных различий психодиагностических показателей уровня приверженности пациентов с ХПН до трансплантации почки и через месяц после трансплантации был использован U-критерий Манна-Уитни. Данные, полученные при помощи опросника «Количественная оценка приверженности к лечению» (КОП-25), представлены в табл. 2.

Согласно полученным данным, в сравниваемых группах нет значимых различий по показателям приверженности к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и лечению. Все значения этих параметров можно отнести к средним и высоким показателям приверженности, обозначающим, что пациенты обладают достаточной «готовностью» к регулярному применению лекарственных препаратов и выполнению рекомендаций, включая лабораторные и инструментальные исследования, как до, так и после трансплантации.

Таблица 2

Результаты сравнения показателей методики «Количественная оценка приверженности к лечению» (КОП-25) у пациентов с ХПН до и через месяц после трансплантации почки ($M \pm m$)

Показатели	Пациенты		p <
	до трансплантации (n = 32)	после трансплантации (n = 37)	
Приверженность к лекарственной терапии	67,59 ± 34,43	63,41 ± 15,53	–
Приверженность к медицинскому сопровождению	78,72 ± 27,27	76,70 ± 19,06	–
Приверженность к модификации образа жизни	57,47 ± 20,59	68,95 ± 19,60	0,05
Приверженность к лечению	67,75 ± 21,56	68,28 ± 15,53	–

Тем не менее показатели уровня готовности к «модификации образа жизни» достоверно различаются ($p < 0,05$) и представляют собой более низкие показатели в группе пациентов из листа ожидания по сравнению с группой через месяц после трансплантации. Длительное ожидание трансплантации, отсутствие должного уровня информирования и психообразования могут приводить к формированию «нереалистичных» представлений и ожиданий. Существует большая вероятность, что данная группа пациентов не будет готова следовать рекомендациям врачей по ограничению или отказу от нежелательных привычек, коррекции привычного рациона питания и режима физических нагрузок.

Благодаря проведенному нами исследованию можно отметить, что большинство пациентов обеих групп готовы выполнять рекомендации врачей, но стоит учитывать их различия в готовности к изменениям образа жизни. Ведь без учёта индивидуальных особенностей пациентов, степени их готовности до трансплантации, длительности ожидания и количества проведенного времени на гемодиализе невозможно прогнозировать степень соблюдения врачебных рекомендаций, что впоследствии может привести к снижению эффективности лечения. В связи с этим стоит отметить необходимость психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на всех этапах трансплантации для диагностики и мониторинга уровня комплаентности (приверженности лечению) и проведения психологических интервенций с целью обеспечения соблюдения предписаний лечащего врача и, как следствие, повышения эффективности лечения.

Выводы

1. Опросник «Количественная оценка приверженности к лечению (КОП-25)» является информативным для мониторинга уровня приверженности пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки и рекомендуется для использования клиническими психологами с целью оценки обеспечения приверженности к лечению пациентов и, как следствие, повышения эффективности лечения.

2. Пациенты с ХПН из листа ожидания обладают достаточной «готовностью» к регулярному применению лекарственных препаратов и посещению необходимых врачей, включая выполнение лабораторных и инструментальных исследований, но существует вероятность несоблюдения рекомендаций врачей относительно изменения своего привычного рациона питания и режима физических нагрузок.

3. Пациенты с ХПН через месяц после трансплантации почки характеризуются высокими и средними показателями уровня приверженности к медицинскому сопровождению, лекарственной терапии, модификации образа жизни и лечению в целом. Эта группа пациентов с большой долей вероятности будет выполнять медицинские рекомендации и основанные на них действия.

Литература

1. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И. [и др.] Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13, № 1–2. – С. 259–271.

2. Микита О.Ю. Психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки: цели, задачи, методики, программа // Вестник психотерапии. – 2018. – № 68 (73). – С. 99–113.

3. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 131–140.

4. Микита О.Ю., Хубутия А.Ш. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки // Ученые записки ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 12 (166). – С. 326–329.

5. Николаев Н.А., Сидоренко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 50–59.

6. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП–25) // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – № 27 (1). – С. 74–78.

7. Статистика по пересадке почки в России RusTransplant. [Электронный ресурс] / URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (дата обращения: 11.04.2020).

Поступила 08.08.2020

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

Для цитирования. Лысенко Ю.С., Микита О.Ю., Пинчук А.В., Хубутия А.Ш. Приверженность к лечению пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки // Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 60–67.

LEVEL OF COMMITMENT TO TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Lysenko Yu.S., Mikita O. Yu., Pinchuk A.V., Hubutia A.Sh.

Sklifosovsky research institute of emergency medicine
(B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, Russia)

Yulia Sergeevna Lysenko – medical psychologist, junior researcher, Sklifosovsky research institute of emergency medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: juliachubukova@mail.ru;

✉ Olesya Yurievna Mikita – PhD Psychol. Sci., researcher of Educational and clinical department, Researcher of kidney and pancreatic transplantation department, Sklifosovsky research institute of emergency medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: mikita-o@yandex.ru;

Alexey Valerevich Pinchuk – Dr. Med. Sci., Head of the Scientific Department of Kidney and Pancreatic Transplantation, Sklifosovsky research institute of emergency medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia);

Anzor Shalvovich Hubutia – Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. Med. Sci. Prof., Chief transplantologist, President of the Sklifosovsky research institute of emergency medicine (B. Sukharevskaya Square, 3, Moscow, 129090, Russia).

Abstract. The article presents the results of the assessment of the level of commitment to treatment of patients diagnosed with «chronic renal failure» (CPN) before transplantation, which are on the waiting list and undergo hemodialysis procedure and patients one month after kidney transplantation. A study of the level of commitment was carried out using the «Quantification of Commitment to Treatment (КОП-25)»

questionnaire. The results of the study justified the need to monitor the level of commitment of patients with chronic renal failure at all stages of transplantation.

Keywords: compliance, compliance, adherence to treatment, kidney transplantation, chronic kidney failure, waiting list, organ transplantation, psychological support of patients before transplantation, dialysis, hemodialysis.

References

1. Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I. [et al.]. Pervyj Rossijskij konsensus po kolichestvennoj ocenke priverzhennosti k lecheniyu: osnovnye polozheniya, algoritmy i rekomendacii [First Russian Consensus on Quantitative Assessment of Adherence to Treatment: Basic Provisions, Algorithms and Recommendations]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus]. 2018. Vol. 13, N 1–2. Pp. 259–271. (In Russ.)

2. Mikita O.Yu. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov s hronicheskoj pochečnoj nedostatochnostyu na razlichnyh etapah transplantacii pochki: celi, zadachi, metodiki, programma [Psychological support of patients with chronic renal failure at various stages of kidney transplantation: goals, tasks, methods, program]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 68 (73). Pp. 99–113. (In Russ.)

3. Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennye orientacii pacientov s hronicheskoj pochečnoj nedostatochnostyu do transplantacii pochki [Quality of life and meaningful orientations of patients with chronic renal failure before kidney transplantation]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 131–140. (In Russ.)

4. Mikita O.Yu., Xubutiya A.Sh. Psihologicheskij status i kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoj pochečnoj nedostatochnostyu do i posle transplantacii pochki [Psychological status and quality of life of patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta* [Scientists notes of the University named after P.F. Lesgaft]. 2018. N 12 (166). Pp. 326–329. (In Russ.)

5. Nikolaev N.A., Sidorenko Yu.P., Zherebilov V.V. Kolichestvennaya ocenka priverzhennosti k lecheniyu v klinicheskoj medicine: protokol, procedura, interpretaciya [Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [Qualitative clinical practice]. 2016. N 1. Pp. 50–59. (In Russ.)

6. Nikolaev N.A., Sidorenko Yu.P. Rossijskij universalnyj oprosnik kolichestvennoj ocenki priverzhennosti k lecheniyu (KOP–25) [Russian universal questionnaire for the quantitative assessment of adherence to treatment (KOP-25)]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya* [Clinical pharmacology and therapy]. 2018. N 27 (1). Pp. 74–78. (In Russ.)

7. Statistika po peresadke pochki v Rossii RusTransplant [Statistics on kidney transplantation in Russia RusTransplant]. URL: <https://rustransplant.com/statistika-poperesadke-pochki/> (In Russ.)

Received 08.08.2020

For citing. Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Hubutia A.Sh. Priverzhennost k lecheniyu pacientov s hronicheskoj pochechnoj nedostatochnostyu do i posle transplantacii pochki. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 60–67. (In Russ.)

Lysenko Yu.S., Mikita O.Yu., Pinchuk A.V., Hubutia A.Sh. Level of commitment to treatment in patients with chronic renal failure before and after kidney transplantation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 60–67.

УДК 616.832-004.2 : 159.9.07

М.Т. Андреева¹, Е.В. Змановская²

ВЛИЯНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА НА СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

¹ Городская клиническая больница № 31, Санкт-Петербургский городской центр рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний (Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3);

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

В статье представлены результаты сравнительного анализа показателей качества жизни больных рассеянным склерозом (РС), имеющих симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), связанного с наличием заболевания, и пациентов, у которых данные симптомы отсутствуют. В исследовании приняли участие 127 пациентов с рассеянным склерозом, из которых у 61 пациента были выявлены симптомы посттравматического стрессового расстройства. Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника SF-36. Установлено, что у пациентов с РС, имеющих симптомы ПТСР, наблюдается снижение всех показателей качества жизни, за исключением показателей физического функционирования. Таким образом, субъективная оценка показателей качества жизни больше зависит от наличия психической коморбидности, чем от степени инвалидизации, длительности течения заболевания, а также получаемой терапии.

✉ Андреева Мария Трофимовна – врач-невролог, Гор. клин. бол-ца № 31, С.-Петерб. гор. центр рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний (Россия, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3), e-mail: ascella777@gmail.com;

Змановская Елена Валерьевна – д-р психол. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: evz-spb@mail.ru.

Ключевые слова: рассеянный склероз, качество жизни, связанное с болезнью, клиническая (медицинская) психология, посттравматическое стрессовое расстройство.

Введение

Проблема снижения качества жизни в условиях высокого риска инвалидизации больных рассеянным склерозом имеет высокую медико-социальную актуальность и научно-практическую значимость. Рассеянный склероз (код по МКБ 10 – G35) является хроническим заболеванием центральной нервной системы, клиническая картина которого зависит от локализации поражения головного и спинного мозга. Возраст начала заболевания обычно от 20 до 40 лет, чаще болеют женщины, чем у мужчины [14]. Основными симптомами при рассеянном склерозе являются мышечная слабость, нарушение координации движений, тазовых функций, зрения. Наряду с этим у пациентов данной группы достоверно часто встречаются тревожно-депрессивные расстройства, повышенная утомляемость, снижение когнитивных функций.

Рассеянный склероз имеет несколько вариантов течения: так, новые симптомы могут появляться остро в течение нескольких часов или дней, а затем постепенно регрессировать частично или полностью, либо может быть постепенное нарушение функций, которое нарастает в течение нескольких месяцев или даже лет. В первом случае речь идёт о ремитирующем течении, которое встречается в 85 % случаев. Примерно через 15 лет от начала заболевания в 50 % случаев ремитирующее течение конвертирует во вторично-прогрессирующее, при котором происходит постепенное и неуклонное накопление инвалидизации, не зависящее от обострений (хотя обострения также могут случаться) [9]. При таком типе заболевания в среднем через 20 лет пациент нуждается в инвалидной коляске в том случае, если он не получает специфической терапии. При первично-прогрессирующем рассеянном склерозе отмечается неуклонное нарастание неврологической симптоматики с самого начала заболевания, и пациенты в среднем через 6-7 лет от дебюта утрачивают функцию ходьбы и нуждаются в инвалидном кресле [14].

Кроме нарушения физических функций, большую проблему представляют непредсказуемость течения заболевания и неопределённость прогноза. В настоящее время прогрессирование инвалидности у пациентов с рассеянным склерозом чаще всего определяется нарастанием балла по оценке расширенной шкалы инвалидности (EDSS – Expanded Disability Status Scale). Несмотря на противоречивые данные о корректности использо-

вания данного метода, он по-прежнему считается «золотым стандартом» в клинической практике. К основным предикторам неблагоприятного прогноза РС относят: социально-демографические особенности, оценку балла по шкале EDSS в начале заболевания [4], а также начальную скорость нарастания балла EDSS, количество и характер обострений [17], характер начальных симптомов, клиническое течение заболевания, результаты магнитно-резонансной томографии, вызванные потенциалы или данные анализа спинномозговой жидкости [5]. Имеются данные о зависимости скорости инвалидизации от возраста дебюта. В том случае, если диагноз установлен в возрасте до 35 лет, прогноз заболевания более благоприятный, тогда как у лиц старше 50 лет чаще встречаются прогрессирующие формы течения [14]. Наиболее неблагоприятно заболевание протекает у мужчин данной возрастной категории.

Качество жизни больных с рассеянным склерозом зависит от совокупности субъективных и объективных факторов [2, 3]. Ряд авторов указывает на то, что низкие оценки показателей качества жизни связаны с последующим прогрессированием инвалидности при рассеянном склерозе (РС). Наряду с этим в литературе встречаются противоречивые данные относительно общей оценки качества жизни пациентов с рассеянным склерозом в сравнении со здоровыми людьми. Так, McCabe M.P. и McKern S. в 2002 г. отметили, что показатели оценок уровня качества жизни, как объективных, так и субъективных, при рассеянном склерозе были значительно ниже, чем у здоровых людей [10]. Подобные результаты были опубликованы Nicholl CR. et al. в 2001 г. [13]. С другой стороны, Pittock S.J. et al. в 2004 г. говорят о том, что 77 % пациентов с РС были удовлетворены своим качеством жизни, несмотря на их физическую инвалидность [16].

Клиническое течение заболевания также оказывает влияние на качество жизни. Например, Janardhan V. и Bakshi R. в 2002 г. сравнили качество жизни пациентов с ремитирующими и вторично-прогрессирующими типами течения заболевания [8]. Данные авторы отметили, что качество жизни пациентов со вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом было достоверно ниже. Montel S и др. также говорят о том, что пациенты, имеющие вторично-прогрессирующую форму течения заболевания, имели более низкие оценки по всем параметрам качества жизни, а кроме того у них были более высокие показатели оценки уровня тревоги и депрессии и они легче утрачивали эмоциональный контроль. Однако, с другой стороны, у пациентов с первично-прогрессирующим типом течения отмечались самые низкие баллы по шкале оценки тревоги и депрессии наряду с самыми

высокими показателями оценки качества жизни. Только оценка физических функций была ниже, что связано с большей инвалидизацией данной группы пациентов [11].

Связь между продолжительностью заболевания и оценкой качества жизни недостаточно раскрыта [11]. Myers J.A. et al. в 2003 г. пришли к выводу, что качество жизни пациентов с рассеянным склерозом улучшилось в течение болезни, в то время как другие авторы указывают на противоположные результаты [12]. DiIorenzo T. et al. в 2004 г. отметили, что возраст пациентов с РС не влияет на их качество жизни [7]. Тревожные и депрессивные расстройства негативно влияют на качество жизни пациентов с рассеянным склерозом. Кроме того, когнитивная дисфункция была признана одним из главных предикторов плохого качества жизни [8].

Montel S. и Bungener C. выделили в своей работе три фактора, оказывающих наибольшее влияние на качество жизни: оценка балла по шкале EDSS, уровень депрессии и тревоги [11]. Они были отрицательно связаны с психосоциальными параметрами качества жизни. Однако, наряду с течением болезни и баллами по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale), другие клинические и социально-демографические факторы (пол, возраст, уровень образования, семейное положение) не оказывали существенного влияния на параметры качества жизни.

Высокая степень неопределенности течения РС (включая невозможность предсказать развитие обострения, его характер и негативные последствия) может приводить к развитию тревожных и депрессивных расстройств, а в ряде случаев и к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР, код по МКБ-10 – F43.1), характер которого при РС имеет ряд особенностей. Согласно DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), хронические и угрожающие жизни заболевания являются значимыми стрессорами для психики и потенциально могут быть триггерами для развития ПТСР. Рассеянный склероз, наряду с онкологическими заболеваниями, инфарктом миокарда и инсультом, являясь хроническим неврологическим заболеванием, которое существенно влияет на качество жизни и имеет неблагоприятный прогноз, также может привести к развитию ПТСР [6].

Первое исследование ПТСР у пациентов с РС было проведено доктором А. Чалфант в 2004 г.: было выявлено 58 пациентов (16 % общей выборки) с симптомами ПТСР, средний возраст которых составил 49,6 лет, а продолжительность течения заболевания с момента постановки диагноза в среднем равнялась 8 годам [6]. В результате исследования было показано,

что рассеянный склероз является серьёзным стрессором для организма и может вызвать симптомы ПТСР. На сегодняшний день остаётся много вопросов, касающихся особенностей протекания ПТСР у пациентов с РС, среди которых важное место отводится факторам, способствующим развитию этого расстройства, а также характеру его протекания, по сравнению с другими опасными заболеваниями [1].

Кумулятивное воздействие стрессовых факторов, связанных как с самим заболеванием (инвазивные манипуляции, такие как люмбальная пункция, инъекции препаратов для лечения РС, а также проведение гормональной пульс-терапии для купирования обострения, экстренная госпитализация в стационар в связи с острым развитием жизнеугрожающих или инвалидизирующих симптомов, проведение реабилитационных мероприятий), так и с текущими событиями в жизни пациента, приводит к возникновению симптомов ПТСР.

Таким образом, РС может стать серьёзным стрессором для человека и сопровождаться переживаниями интенсивного чувства страха, беспомощности, оцепенения, что характерно для ПТСР. Обращают на себя внимание и такие симптомы, как избегающее поведение, навязчивые мысли, повышение возбудимости. Однако формирование ПТСР при РС имеет ряд особенностей. Интрузивные переживания пациентов обращены в будущее и связаны с угрозой снижения качества жизни [6]. Чаще всего пациенты боятся, что будут прикованы к инвалидному креслу, не смогут заботиться о себе и о членах своей семьи. Специфика протекания ПТСР при РС состоит также в том, что угроза исходит не извне, как при «классических» травмах, а изнутри организма, что существенно влияет на переживания пациентов и обуславливает специфичность протекания данного расстройства. Поэтому высокая способность к адаптации, изначальная психологическая устойчивость, умение справляться со стрессовыми ситуациями, отсутствие в анамнезе психических заболеваний, наличие социальной поддержки являются предикторами более успешного совладания с болезнью.

В связи с высокой медико-социальной значимостью проблемы целью клинико-эмпирического исследования явилось выявление связи между травматическим компонентом (наличием признаков посттравматического стрессового расстройства) и субъективной оценкой качества жизни пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 724 пациента с установленным диагнозом «Рассеянный склероз», проходящих амбулаторное лечение в «Городском центре рассеянного склероза» в Санкт-Петербурге. Все респонденты дали документированное добровольное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в 2017–2019 гг.

Клинико-эмпирическое исследование включало следующие этапы и задачи: 1) оценка клинической картины заболевания, его типа течения и состояния пациента; 2) диагностика признаков и степени выраженности ПТСП у больных с РС с целью формирования двух групп респондентов – с признаками ПТСП и без него; 3) клинико-психологическое исследование инвалидизации и качества жизни пациентов обеих групп; 4) сравнительный анализ выделенных групп на основе статистической обработки полученных данных.

Для решения поставленных задач использовались следующие методики:

1. Клиническое интервью;
2. Авторское структурированное интервью, включающее вопросы, направленные на изучение социально-демографических и психосоциальных характеристик больных;
3. Опросник на скрининг ПТСП (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002);
4. Расширенная шкала инвалидности (EDSS – Expanded Disability Status Scale);
5. Опросник качества жизни SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica 10.0, SAS JMP 11. Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате « $M \pm S$ ». Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

В ходе клинико-психологической диагностики признаки, достаточные для постановки диагноза ПТСП, были выявлены у 61 пациента, что составило 8,4 % от общего количества скринированных пациентов. Пациенты, не имеющие признаков ПТСП, сопоставимые с основной группой по полу, возрасту, степени инвалидизации, длительности течения заболевания, были отобраны в контрольную группу (66 пациентов).

В дальнейшем исследовании приняли участие 127 пациентов с РС в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст – $31,19 \pm 7,17$), из них 89 (70,1 %) женщин и 38 (29,9 %) мужчин. Критериями включения являлись: возраст

пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза в соответствии с критериями Мак-Дональда. Критерии исключения из исследования: возраст меньше 18 лет, текущая терапия глюкокортикостероидами, наличие психических заболеваний в анамнезе, снижение когнитивных функций (балл по шкале MMSE менее 28), недоступность больных для психологического обследования.

Из истории болезни каждого пациента была получена информация о типе и длительности течения заболевания, терапии ПИТРС (препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза), оценке по шкале EDSS. Всем пациентам установлен диагноз РС в соответствии с критериями McDonald. При проведении интервью была получена информация о социально-демографических характеристиках пациентов: возраст, образование, семейное положение, работа (табл. 1).

Таблица 1
Клинико-демографическая характеристика пациентов с рассеянным склерозом
(N = 127)

Показатель	M ± S	V	Me [LQ; UQ]	(Min; Max)
EDSS	3,20 ± 1,13	35,0 %	3,00 [2,50;4,00]	(1,00; 6,50)
Возраст	31,19 ± 7,17	23,0 %	31,00 [26,00;36,00]	(19,00; 49,00)
Длительность	4,73 ± 5,04	107,0 %	3,00 [1,00;6,60]	(0,00; 22,00)

В исследуемую популяцию вошли 127 пациентов с РС, средний балл по шкале EDSS составил 3,20 ± 1,13, что соответствует умеренной степени инвалидизации. Средний возраст пациентов, принимавших участие в исследовании – 31,19 ± 7,17, средняя длительность заболевания – 4,73 ± 5,04 года.

Доля женщин в исследовании составила 70,1 % (89 пациентов), тогда как мужчин – 29,9 % (38 пациентов). При оценке уровня образования преобладали пациенты с высшим образованием – 62,2 %. Большая часть пациентов страдали ремиттирующим РС – 92,9 %, 54,9 % получали терапию препаратами ПИТРС 1-й линии (глатирамера ацетат, интерфероны, терифлуноמיד), тогда как 40,1 % получали терапию ПИТРС 2-й линии (натализумаб и окрелизумаб). Большая часть пациентов сохранили трудоспособность: 66,1 % пациентов имели трудовую занятость, тогда как 33,9 % не работали и 29,9 % из них имели группу инвалидности.

Результаты и их обсуждение

Сравнение пациентов основной и контрольной групп по степени инвалидизации (оценивался балл по шкале EDSS с учетом возраста и длительности течения заболевания) позволило получить следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2
Сравнение групп по степени инвалидизации

Показатель	Группа		Уровень значимости p
	Контрольная (N = 66)	Основная (N = 61)	
EDSS	3,16 ± 1,19	3,25 ± 1,06	0,4292
Возраст	30,44 ± 6,29	32,00 ± 7,99	0,4791
Длительность	4,03 ± 4,24	5,50 ± 5,72	0,1919

Из данных таблицы следует, что при сравнении двух групп пациентов по таким параметрам, как длительность заболевания, возраст, балл по шкале EDSS, статистически значимых различий между группами не выявлено. Статистическая проверка также показала, что по признаку пола и уровню образования значимые различия между группами отсутствуют.

Практически все пациенты, принимавшие участие в исследовании, имели ремитирующее течение заболевания: 59 человек (89,4 %) из контрольной группы и 59 человек (96,7 %) – из основной. Инвалидность имели: 50 человек (75,8 %) из контрольной группы и 39 человек (63,9 %) – из основной группы (различия статистически не значимы).

Статистически значимых отличий при анализе семейного положения пациентов основной и контрольной групп также не было обнаружено. Большая часть пациентов на момент обследования не состояли в браке.

При сравнении показателей качества жизни пациентов двух групп были выявлены значимые различия практически по всем шкалам за исключением шкалы физического функционирования (табл. 3).

Полученные данные свидетельствуют о том, что при отсутствии существенной разницы в степени тяжести клинических проявлений заболевания пациенты с травматическим компонентом достоверно чаще воспринимают свое качество жизни как более низкое по всем шкалам функционирования, кроме физического. Наиболее выраженные различия выявлены для показателя «RE» – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Пациенты, имеющие симптомы ПТСР, имеют

выраженные субъективные переживания существенного ограничения в своей повседневной деятельности.

Таблица 3
Сравнение двух групп по количественным показателям теста «SF-36»

Показатель качества жизни	Группа		Уровень p
	Контрольная (без ПТСР) (N = 66)	Основная (с ПТСР) (N = 61)	
PF – физическое функционирование	75,08 ± 24,79	67,23 ± 27,22	0,1506
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	58,20 ± 44,19	36,17 ± 39,98	0,0095
BP – интенсивность боли	79,39 ± 23,77	58,66 ± 25,02	< 0,0001
GH – общее состояние здоровья	55,67 ± 20,74	39,96 ± 18,23	< 0,0001
VT – жизненная активность	54,67 ± 22,40	36,81 ± 22,78	0,0001
SF – социальное функционирование	75,20 ± 25,67	55,85 ± 29,93	0,0006
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	73,22 ± 38,88	37,59 ± 39,70	< 0,0001
MH – психическое здоровье	62,36 ± 21,58	43,15 ± 16,60	< 0,0001
RH – физический компонент здоровья	46,28 ± 9,70	42,04 ± 9,60	0,0303
MH – психологический компонент здоровья	45,60 ± 11,93	33,97 ± 10,48	< 0,0001

Показатель «GH» – общая оценка состояния здоровья – также существенно отличался в двух группах. При схожих клинических проявлениях пациенты основной группы (с ПТСР) достоверно ниже оценивают своё состояние здоровья и имеют более пессимистичные установки в отношении перспектив проводимой терапии.

Наличие более низких показателей «BP» – интенсивности физической боли – в основной группе можно интерпретировать как доминирование тревожно-депрессивных переживаний над физическим страданием в субъективной картине болезни пациентов с РС с травматическим компонентом.

Существенные отличия наблюдаются и в показателях психологического компонента здоровья (MH), что также свидетельствует о ведущей роли негативных эмоциональных переживаний в субъективной оценке качества жизни пациентов с РС, имеющих признаки ПТСР.

Выводы

1. Вследствие тяжелого течения заболевания, неопределенности исхода, высокого риска инвалидности и угрозы жизни, рассеянный склероз относится к группе заболеваний, с большой вероятностью вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство.

2. В ходе проведенного клинико-психологического исследования установлена тесная взаимосвязь между наличием посттравматического стрессового расстройства, эмоционально-психологическим статусом и субъективной оценкой качества жизни пациентов с рассеянным склерозом.

3. Выявлено, что наличие травматического компонента существенно снижает субъективную оценку качества жизни пациентов с рассеянным склерозом, что, в свою очередь, сопровождается усилением тревожно-депрессивной симптоматики и осложняет клиническое течение заболевания.

4. С целью повышения качества жизни пациентов с РС, улучшения их социального и психического функционирования, повышения эффективности терапии целесообразны раннее выявление и своевременная коррекция признаков посттравматического стрессового расстройства.

5. Полученные данные могут быть использованы для совершенствования комплексной диагностики и разработки программ персонализированной терапии пациентов с рассеянным склерозом.

Литература

1. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Сопутствующие психические расстройства и нарушение эмоциональной регуляции у пациентов с рассеянным склерозом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2019. – № 4–2. – С. 19–28. doi:10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28

2. Бойко О.В., Татарина М.Ю., Попова Е.В. [и др.] Улучшение показателей качества жизни больных рассеянным склерозом за 15-летний период // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 2. – С. 23–28. doi:10.17116/jnevro201811808223

3. Лебедева А.В., Щукин И.А., Солдатов М.А. [и др.] Астения, эмоциональные расстройства и качество жизни у пациентов с рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 10–2. – С. 99–104.

4. Achiron A., Barak Y., Rotstein Z. Longitudinal disability curves for predicting the course of relapsing-remitting multiple sclerosis // *Mult. Scler.* 2003. – N 9. – P. 486–491.

5. Baumstarck K., Pelletier J., Butzkueven H. [et al.] Health-related quality of life as an independent predictor of long-term disability for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis // *Eur. J. Neurol.* – 2013. – Vol. 20, N 6. – P. 907–979. doi:10.1111/ene.12087.

6. Chalfant A., Bryant R., Fulcher G. Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis // *J. Trauma Stress.* – 2004. – Vol. 17, N 5. – P. 423–428. doi:10.1023/b:jots.0000048955.65891.4c.

7. Dilorenzo T., Halper J., Picone M.A. Comparison of older and younger individuals with MS: a preliminary investigation // *Rehabil. Psychol.* – 2004. – N 49. – P. 123–125.

8. Janardhan V., Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression // *J. Neurol. Sci.* – 2002. – N 205. – P. 51–58.

9. Lublin F.D., Reingold S.C., Cohen J.A. [et al.] Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revision // *Neurology.* – 2014. – N 83. – P. 278–286. doi: 10.1212/WNL.0000000000000560.

10. McCabe M.P., McKern S. Quality of life and multiple sclerosis: comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population // *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* – 2002. – N 9. – P. 287–295.

11. Montel S., Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis // *Multiple Sclerosis Journal.* – 2007. – Vol. 13, N 3. – P. 393–401. doi:10.1177/1352458506071170.

12. Myers J.A., McPherson K.M., Taylor W.J. [et al.] Duration of condition is unrelated to health-state valuation on the EUROQUOL // *Clin. Rehabil.* – 2003. – N 17. – P. 209–215.

13. Nicholl C.R., Lincoln N.B., Francis V.M., Stephan T.F. Assessing quality of life in people with multiple sclerosis // *Disabil. Rehabil.* – 2001. – N 23. – P. 597–603.

14. Opara J.A., Jaracz K., Broła W. Quality of life in multiple sclerosis // *Journal of Medicine and Life.* – 2010. – Vol. 3, N.4. – P. 352–358.

Поступила 04.08.2020

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

Для цитирования. Андреева М.Т., Змановская Е.В. Влияние травматического компонента на субъективную оценку качества жизни пациентов с рассеянным склерозом // *Вестник психотерапии.* 2020. № 75 (80). С. 67–79.

THE IMPACT OF THE TRAUMATIC COMPONENT ON THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Andreeva M.T.¹, Zmanovskaya E.V.²

¹ City Clinical Hospital 31, St. Petersburg City Center for Multiple Sclerosis and Other Autoimmune Diseases (Dynamo Ave. 3, St. Petersburg, Russia);

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

✉ Mariia Trofimovna Andreeva – neurologist, City Clinical Hospital 31, City Center of MS and Autoimmune Diseases (Dynamo Ave. 3, St. Petersburg, 197110, Russia), e-mail: ascella777@gmail.com;

Elena Valerevna Zmanovskaya – Dr. Psychol. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: evz-spb@mail.ru.

Abstract. The article presents the results of a comparative analysis of the quality of life of patients with multiple sclerosis (MS) with symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) associated with the presence of the disease, and patients who do not have these symptoms. Materials and methods. The study involved 127 patients with multiple sclerosis, of which 61 patients showed symptoms of post-traumatic stress disorder. The study of quality of life was conducted using the SF-36 questionnaire. Results. In patients with MS who have symptoms of PTSD, there is a decrease in all indicators of quality of life, with the exception of indicators of physical functioning. Conclusion A subjective assessment of quality of life indicators is more dependent on the presence of mental comorbidity than on the degree of disability, the duration of the course of the disease, and the treatment received.

Keywords: multiple sclerosis, quality of life associated with the disease, clinical (medical) psychology, post-traumatic stress disorder.

References

1. Andreeva M.T., Karavaeva T.A. Sopotstvujushhie psihicheskie rasstrojstva i narushenie jemocionalnoj reguljicii u pacientov s rassejannym sklerozom [Accompanying mental disorders and impaired emotional regulation in patients with multiple sclerosis]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhtereva]. 2019. N 4–2. P. 19–28. doi:10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28. (In Russ.)
2. Bojko O.V., Tatarinova M.Ju., Popova E.V. [et al.] Uluchshenie pokazatelej kachestva zhizni bolnyh rassejannym sklerozom za 15-letnij period [Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis over a 15-year period]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2018. N 2. P. 23–28. doi:10.17116/jnevro201811808223. (In Russ.)
3. Lebedeva A.V., Shhukin I.A., Soldatov M.A. [et al.] Astenija, jemocional'nye rasstrojstva i kachestvo zhizni u pacientov s rassejannym sklerozom [Asthenia, emotional disorders and quality of life in patients with multiple sclerosis]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.]. 2014. N 114 (10). P. 99–104. (In Russ.)
4. Achiron A., Barak Y., Rotstein Z. Longitudinal disability curves for predicting the course of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Mult. Scler.* 2003. N 9. P. 486–491.
5. Baumstarck K., Pelletier J., Butzkueven H. [et al.] Health-related quality of life as an independent predictor of long-term disability for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur. J. Neurol.* 2013. Vol. 20, N 6. Pp. 907–979. doi:10.1111/ene.12087.

6. Chalfant A., Bryant R., Fulcher G. Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *J. Trauma Stress*. 2004. Vol. 17, N 5. Pp. 423–428. doi:10.1023/b:jots.0000048955.65891.4c.
7. Dilorenzo T., Halper J., Picone M.A. Comparison of older and younger individuals with MS: a preliminary investigation. *Rehabil. Psychol.* 2004. N 9. Pp. 123–125.
8. Janardhan V., Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *J. Neurol. Sci.* 2002. N 205. Pp. 51–58.
9. Lublin F.D., Reingold S.C., Cohen J.A. [et al.] Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revision. *Neurology*. 2014. N 83. Pp. 278–286. doi: 10.1212/WNL.0000000000000560.
10. McCabe M.P., McKern S. Quality of life and multiple sclerosis: comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. 2002. N 9. Pp. 287–295.
11. Montel S., Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2007. Vol. 13, N 3. Pp. 393–401. doi:10.1177/1352458506071170.
12. Myers J.A., Mc Pherson K.M., Taylor W.J. [et al.] Duration of condition is unrelated to health-state valuation on the EUROQUOL. *Clin. Rehabil.* 2003. N 17. Pp. 209–215.
13. Nicholl C.R., Lincoln N.B., Francis V.M., Stephan T.F. Assessing quality of life in people with multiple sclerosis. *Disabil. Rehabil.* 2001. N 23. Pp. 597–603.
14. Opara J.A., Jaracz K., Broła W. Quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Medicine and Life*. 2010. Vol. 3, N 4. Pp. 352–358.

Received 04.08.2020

For citing. Andreeva M.T., Zmanovskaya E.V. Vliyanie travmaticheskogo komponenta na subektivnyuyu ocenku kachestva zhizni pacientov s rasseyannym sklerozom. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 67–79. **(In Russ.)**

Andreeva M.T., Zmanovskaya E.V. The impact of the traumatic component on the subjective assessment of the quality of life of patients with multiple sclerosis. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 67–79.

ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ХОДЕ СЕАНСА ГИПНОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России (Россия, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1);

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, Москва, Потешная ул., д. 3, стр.10).

Статья посвящена результатам исследования динамики вариабельности ритма сердца (ВРС) у здоровых молодых лиц в ходе сеанса гипноза. С использованием факторного анализа общая выборка (n = 54) была разделена на три группы с различным исходным вегетативным статусом. Во всех группах после гипноза наблюдалось снижение частоты сердечных сокращений и прирост общей ВРС, а дегипнотизация приводила к усилению симпатических модуляций. ВРС-реактивность в гипнозе различалась в зависимости от исходного вегетативного статуса. Несмотря на это, во всех группах наблюдалась нормализация именно тех показателей, которые исходно были отклонены от нормы. В совокупности с постгипнотическим приростом общей ВРС это подтверждает адаптационное влияние гипноза.

Ключевые слова: вариабельность ритма сердца, гипноз, вегетативная нервная система, адаптация, здоровые лица, вегетативный статус.

Введение

Анализ динамики нейровегетативных процессов в гипнотическом состоянии (ГС) на основе изучения ВРС является одним из перспективных направлений научного поиска в вегетологии и гипнологии [2, 6, 7, 10–12,

Тукаев Рашит Джаудатович – д-р. мед. наук., проф. каф. психотерапии и сексологии, Рос. мед. академия непрерывного профессионального образования (Россия, 125993, Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, стр. 1), e-mail: tukaevrd@gmail.com;

Срывкова Ксения Александровна – мл. науч. сотр. отд-ния расстройств аффективного спектра, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 107076, Москва, Потешная ул., д. 3, стр.10), e-mail: ksufiko@gmail.com;

✉ Антипова Ольга Сергеевна – канд. мед. наук., вед. науч. сотр. отд-ния расстройств аффективного спектра, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 107076, Москва, Потешная ул., д. 3, стр.10), e-mail: olgaant77@gmail.com.

14]. Вегетотропное действие гипноза, как правило, связывают с влиянием внушений. Однако анализ литературных источников [10–12, 14] и результаты собственных исследований [6, 7] позволяют нам это опровергнуть, поскольку пребывание в гипнозе характеризуется однотипным паттерном вегетативной перестройки.

Основными проявлениями этого паттерна являются постгипнотическое снижение частоты сердечных сокращений и повышение общей ВРС (выше исходного уровня). Сходство вегетативных изменений, выявленных разными авторами [6, 7, 10–12, 14], доказывает, что перестройка вегетативной регуляции в гипнозе, в первую очередь, обусловлена пребыванием в ГС как таковом вне зависимости от формы его реализации, а суггестии оказывают на вегетативную регуляцию лишь дополнительное модулирующее воздействие. Типовой паттерн вегетативной перестройки в гипнозе отражает активацию реадaptационно-эустрессовых процессов в организме [6, 7]. В определенной степени это подтверждается самим характером динамики вегетативных показателей в гипнозе [6, 7], а также половыми различиями ВРС-реактивности [7].

Наряду с описанными выше однотипными изменениями ВРС, в работах разных авторов выявляются и различия в динамике отдельных показателей [6, 7, 10–12, 14]. Сохраняя общие закономерности своей динамики, гипногенная ВРС-реактивность отличается по отдельным параметрам в зависимости от целого ряда факторов, в частности от исходного вегетативного статуса. Однако специфика его влияния требует уточнения, поскольку исследования в этой области единичны.

С учетом представлений об адаптационных эустрессовых механизмах гипноза проведение таких работ целесообразно для более глубокого понимания механизмов адаптационных эффектов гипноза. Идея о том, что исходное состояние ВНС влияет на характер обеспечения стрессовой нагрузки, нашла свое отражение в физиологических исследованиях [2, 3, 8, 9, 13, 15]. Показателям ВРС у здоровых лиц свойственна большая вариативность [2]. Поэтому использование значений, усредненных в целом по группе, значительно затрудняет оценку динамики этих показателей при стрессовом воздействии [2, 3, 8, 9, 13]. В полной мере это замечание относится и к исследованиям ВРС в гипнозе.

Цель исследования: изучение динамики ВРС у здоровых молодых лиц в ходе сеанса гипноза в зависимости от исходного вегетативного статуса.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии и было одобрено этической комиссией. Обследовано 54 здоровых добровольца в возрасте от 18 до 40 лет¹, 24 мужчины (44 %) и 30 женщин (56 %). Средний возраст испытуемых – $26,3 \pm 5,2$ года. Все испытуемые были психически и соматически здоровы, имели нормальную электрокардиограмму (ЭКГ), в период исследования не принимали медикаментозные препараты, не имели предшествующего опыта пребывания в состоянии гипноза.

Участники находились в положении «полулежа», в тихой полутемной комнате. Сеанс гипноза длительностью 30 минут был стандартизирован по форме и проводился по методу универсальной гипнотерапии [5]. Регистрация кардиоинтервалограммы каждого участника осуществлялась трижды в течение 5 минут: до гипнотизации, непосредственно после завершения перехода в ГС и после выхода из ГС. После перехода в ГС испытуемым однократно проводилось внушение: «Находиться в состоянии гипноза, отдыхать». Дополнительных внушений не было.

Запись кардиоинтервалограмм и анализ ВРС проводились с помощью аппаратно-программного комплекса Нейрософт (ООО «Нейрософт», Иваново) «ВНС-спектр». Интерпретация показателей ВРС проводилась в соответствии с рекомендациями отечественных экспертов [1].

Из показателей временного анализа ВРС (Time Domain Methods) использовались показатели ЧСС, RRNN, SDNN, CV, RMSSD, pNN50. Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) и средняя продолжительность кардиоинтервалов (RRNN, мс) свидетельствуют об общем уровне функционирования сердечно-сосудистой системы в исследуемый промежуток времени. Среднеквадратическое отклонение кардиоинтервалов (SDNN, мс) и коэффициент вариации (CV, %) отражают общую ВРС как суммарный эффект регуляторных влияний на сердечный ритм. Показатели RMSSD (мс) и pNN50 (%) связаны с активностью парасимпатического отдела ВНС.

Спектральные методы анализа ВРС основаны на том, что изменчивость сердечного ритма является результатом наложения друг на друга различных регуляторных процессов с различными амплитудой и частотой. Спектральный анализ позволил обнаружить периодические составляющие в колебаниях сердечного ритма и количественно измерить их вклад в об-

¹ Возрастной диапазон обследуемых лиц был выбран с целью исключения влияния возрастных особенностей вегетативной регуляции [1, 2, 9].

щую ВРС. Для этого применяют быстрое преобразование Фурье. При 5-минутной продолжительности записи в спектре ВРС принято выделять три диапазона: HF (high frequency) – высокочастотные колебания (0,15–0,4 Гц), LF (low frequency) – низкочастотные колебания (0,04–0,15 Гц), VLF (very low frequency) – колебания очень низкой частоты (0,003–0,04 Гц). В этих диапазонах мощность спектра можно измерять как в абсолютных величинах (мс^2), так и в относительных (%).

Общая мощность спектра TP (мс^2) отражает суммарную активность всех регуляторных воздействий на сердечный ритм (т. е. общую ВРС). Спектральная мощность в высокочастотном HF-диапазоне практически полностью определяется активностью парасимпатической нервной системы (ПНС). Физиологические механизмы низкочастотных LF-колебаний связаны с симпатoadреналовыми барорефлекторными влияниями на сердечный ритм. Происхождение VLF-колебаний не имеет общепринятого объяснения. Мощность спектра в VLF-диапазоне коррелирует с активностью надсегментарных эрготропных систем и повышается во время стресса. Нормированные значения абсолютной мощности спектра в низко- и высокочастотном диапазоне $\text{LF}_{\text{ном}}$, $\text{HF}_{\text{ном}}$, а также индекс LF/HF отражают симпатико-парасимпатический баланс.

Результаты исследования обрабатывались в статистической программе Statistica 6.0. Для классификации полученных данных и выделения групп из общей выборки проводился факторный анализ пяти матриц: до гипноза, во время гипноза, после гипноза, изменение показателей ВРС в гипнозе по сравнению с исходными и после гипноза по сравнению с исходными². Далее к пяти факторным матрицам применялось ортогональное вращение с помощью стратегии варимакс.

Распределения значений показателей ВРС отличались от нормального, поэтому для описательной статистики использовались медиана (Me) и 25–75 %-интерквартильный интервал. Для сравнения показателей до, во время и после гипноза применялся непараметрический парный критерий Вилкоксона (различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$). Для сравнения трех независимых выборок (групп 1, 2 и 3) применялся непараметрический непарный критерий Краскела–Уоллиса (различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$).

² В четвертой и пятой матрицах данные получены путем матричного вычитания.

Результаты исследования

Разделение общей выборки на группы с различным исходным вегетативным статусом базировалось на результатах факторного анализа. Фактор 1 (SDNN, RMSSD, CV, TP, VLF, LF, HF) трактовался как общая вариабельность ритма сердца. Фактор 2 (HF (%), LF (%), LF_{norm}, HF_{norm}, LF/HF) характеризовал симпатико-парасимпатический баланс. Фактор 3 (VLF (%)) отражал активность надсегментарных эрготропных систем и централизацию вегетативных регуляторных влияний на сердечный ритм. Фактор 4 (ЧСС, RRNN) свидетельствовал об общем уровне функционирования сердечно-сосудистой системы. Помимо четырех факторов, общих для всех пяти матриц, в 4-й и 5-й матрицах проявлялся еще один фактор – фактор пола (табл. 1).

Таблица 1

Результаты факторного анализа показателей вариабельности ритма сердца

Фактор	Факторная матрица 1 (до сеанса гипноза)	Факторная матрица 2 (во время сеанса гипноза)	Факторная матрица 3 (после сеанса гипноза)	Факторная матрица 4 (изменение ВРС во время сеанса гипноза по сравнению с исходными значениями)	Факторная матрица 5 (изменение ВРС после сеанса гипноза по сравнению с исходными значениями)
Фактор 1	SDNN, CV, TP, RMSSD, VLF, LF, HF (5,9)*	SDNN, CV, TP, RMSSD, VLF (5,5)	SDNN, CV, TP, RMSSD, VLF, LF, HF (6,2)	SDNN, CV, TP, VLF, HF (4,7)	SDNN, CV, TP, RMSSD, LF, HF (5,3)
Фактор 2	HF(%), LF _{norm} , HF _{norm} , LF/HF (4,9)	LF(%), HF(%), LF _{norm} , HF _{norm} , LF/HF (5,0)	HF(%), LF _{norm} , HF _{norm} , LF/HF (4,8)	LF(%), LF _{norm} , HF _{norm} , LF/HF (4,1)	HF(%), LF _{norm} , HF _{norm} , LF/HF (4,2)
Фактор 3	VLF(%) (2,2)	VLF(%) (2,2)	VLF(%), LF(%) (2,3)	VLF(%) (2,5)	VLF(%), LF(%) (2,5)
Фактор 4	ЧСС, RRNN (2,2)	ЧСС, RRNN (2,5)	ЧСС, RRNN (2,2)	ЧСС, RRNN, pNNS50 (2,6)	ЧСС, RRNN (2,0)
Фактор 5	–	–	–	Пол (1,1)	Пол (1,1)

Примечание: * – в скобках представлена общая дисперсия.

Для разделения общей выборки на подгруппы в зависимости от исходного вегетативного статуса были выбраны два фактора с наибольшей

дисперсией: фактор 1 (общая ВРС) и фактор 2 (симпатико-парасимпатический баланс) (табл. 1). В зависимости от значений основных показателей, отражающих факторы 1 и 2, общая выборка была разделена на группы. Группа 1 ($n = 17$) характеризовалась оптимальными значениями общей ВРС и нормальным симпатико-парасимпатическим балансом, группа 2 ($n = 22$) – оптимальными значениями общей ВРС и преобладанием симпатических влияний на сердечный ритм, а группа 3 ($n = 15$) – пониженной общей ВРС и преобладанием симпатических модуляций.

Сравнительный межгрупповой анализ по другим показателям ВРС, проведенный с помощью критерия Краскела–Уоллиса, показал, что группы статистически значимо отличались друг от друга ($p < 0,05$) по всем показателям, кроме ЧСС ($p = 0,49$) и VLF (%) ($p = 0,07$). Следовательно, выбранный нами принцип распределения испытуемых по группам в зависимости от значений показателей TP и LF/HF действительно отражал качественно разное исходное состояние вегетативной регуляции.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, в группе 1 средняя ЧСС достоверно уменьшалась после перехода в ГС ($p = 0,007$) и оставалась сниженной после выхода из гипноза ($p = 0,0099$). Средняя продолжительность кардиоинтервалов RRNN демонстрировала динамику, обратную ЧСС.

Общая ВРС во время гипноза по сравнению с исходным уровнем не менялась, а после выхода из гипноза возрастала. При этом прирост общей спектральной мощности обеспечивался за счет увеличения мощности во всех трех диапазонах, но повышение значений абсолютной спектральной мощности в HF-диапазоне не достигало уровня статистической значимости ($p = 0,36$).

Во время пребывания в ГС большинство показателей симпатико-парасимпатического баланса (LF/HF, LF (%), HF (%)) существенно не менялось. Удалось выявить только небольшие, но статистически значимые изменения нормированных показателей спектральной мощности: значения LF_{norm} снижались ($p = 0,049$), а HF_{norm} увеличивались ($p = 0,049$).

После выхода из ГС наблюдался сдвиг симпатико-парасимпатического баланса в сторону превалирования симпатических модуляций сердечного ритма. Это проявлялось в увеличении относительной спектральной мощности в низкочастотном диапазоне LF (%) ($p = 0,01$) и в уменьшении – в высокочастотном диапазоне HF (%) ($p = 0,003$). Также повышались значения показателя LF_{norm} ($p = 0,002$) и снижались значения HF_{norm} ($p = 0,002$). Индекс LF/HF возростал ($p = 0,002$).

Таблица 2

Динамика вариабельности ритма сердца в ходе сеанса гипноза в первой группе

Показатель	До перехода в гипнотическое состояние	Пребывание в гипнотическом состоянии	После выхода из гипнотического состояния
ЧСС (уд/мин)	73,0 [69,8; 78,0]	72,0 [67,0; 75,0]**	71,9 [66,5; 73,0]◆◆
RRNN (мс)	784 [714; 860]	832 [800; 895]**	837 [825; 902]◆◆
SDNN (мс)	46,0 [43,0; 59,0]	48,0 [43,0; 61,0]	60,7 [59,0; 69,0]◆◆###
CV (%)	5,8 [5,6; 6,4]	5,2 [4,8; 7,3]	7,1 [6,5; 7,3]◆◆###
RMSSD (мс)	46,0 [34,3; 56,0]	46,0 [38,0; 47,0]	50,4 [45,0; 62,0]◆###
pNN50 (%)	29,7 [11,4; 41,1]	30,6 [17,6; 32,4]	28,9 [27,0; 41,6]
TP (мс ²)	2480 [2403; 4110]	2233 [2095; 4397]	4120 [3557; 4816]◆###
VLF (мс ²)	910 [569; 1528]	783 [631; 990]	1390 [690; 2424]◆#
LF (мс ²)	841 [565; 1221]	629 [508; 813]	1394 [1085; 1738]◆◆###
HF (мс ²)	1194 [944; 1359]	962 [709; 2310]	1130 [1030; 1733]
VLF (%)	37,2 [23,7; 39,1]	30,2 [19,3; 40,7]	33,5 [28,8; 41,1]
LF (%)	27,5 [23,5; 30,4]	25,1 [20,1; 34,2]	33,8 [28,4; 40,3]◆
HF (%)	36,1 [33,1; 43,1]	37,8 [32,8; 51,3]	31,2 [25,6; 39,7]◆◆###
LF _{norm}	43,6 [38,7; 47,4]	37,5 [24,2; 40,5]*	52,1 [47,0; 57,5]◆◆###
HF _{norm}	56,4 [52,6; 61,3]	62,5 [59,6; 75,9]*	47,9 [42,5; 53,0]◆◆###
LF/HF	0,8 [0,6; 0,9]	0,7 [0,4; 0,9]	1,1 [0,9; 1,4]◆◆###

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и во время пребывания в гипнотическом состоянии);

◆ $p < 0,01$; ◆◆ $p < 0,001$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и после выхода из него);

$p < 0,05$; ### $p < 0,01$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (пребывание в гипнотическом состоянии и после выхода из него).

Показатели парасимпатической активности RMSSD, PNN50 и HF после перехода в гипноз статистически значимо не менялись. После выхода из ГС было выявлено небольшое, но достоверное увеличение RMSSD ($p = 0,017$). Также отмечалось повышение абсолютной мощности спектра в HF-диапазоне, но оно не достигало уровня статистической значимости ($p = 0,36$).

Несмотря на то что после выхода из гипноза наблюдалось увеличение абсолютной спектральной мощности в VLF-диапазоне ($p = 0,013$), относительный вклад этого компонента в общую спектральную мощность VLF (%) оставался прежним ($p = 0,3$).

В группе 2, согласно результатам исследования, представленным в табл. 3, средняя ЧСС достоверно уменьшалась после перехода в ГС ($p = 0,02$) и оставалась пониженной после выхода из гипноза ($p = 0,0002$). Показатель средней продолжительности кардиоинтервалов RRNN менялся прямо противоположным образом по сравнению с ЧСС.

Таблица 3
Динамика вариабельности ритма сердца в ходе сеанса гипноза во второй группе

Показатель	До перехода в гипнотическое состояние	Пребывание в гипнотическом состоянии	После выхода из гипнотического состояния
ЧСС (уд/мин)	78,0 [69,0; 83,0]	71,0 [67,0; 81,0]*	72,0 [65,0; 78,0]◆◆◆
RRNN (мс)	737 [701; 841]	795 [713; 892]**	831 [769; 878]◆◆◆
SDNN (мс)	55,3 [49,0; 65,0]	48,5 [44,0; 55,0]*	63,0 [50,0; 83,2]◆ ###
CV (%)	7,2 [6,0; 9,4]	6,0 [4,9; 7,6]**	7,6 [7,1; 10,5] ##
RMSSD (мс)	37,5 [31,0; 44,0]	35,5 [27,6; 45,0]	42,0 [37,0; 56,0]◆ ###
pNN50 (%)	13,3 [8,0; 22,4]	13,7 [6,5; 25,6]	21,4 [12,9; 34,3]◆◆ #
TP (мс ²)	4080 [2796; 5071]	2878 [2317; 4488]*	4677 [3447; 8463]◆ ##
VLF (мс ²)	1126 [910; 2086]	918 [561; 1674]	1626 [957; 2911]◆ ##
LF (мс ²)	1771 [1101; 2855]	956 [447; 1415]**	2018 [1258; 3022] ##
HF (мс ²)	537 [424; 984]	942 [435; 1418]	740 [596; 1853]◆◆
VLF (%)	33,7 [26,3; 45,5]	40,6 [21,1; 49,4]	35,0 [26,4; 42,7]
LF (%)	47,6 [39,6; 52,3]	29,8 [22,8; 41,5]**	38,3 [32,1; 50,8]◆◆
HF (%)	16,5 [13,6; 21,1]	27,7 [18,8; 38,3]***	24,9 [11,6; 30,7]
LF _{norm}	72,0 [65,0; 78,0]	49,8 [35,5; 65,5]***	64,8 [51,2; 79,1]◆ ##
HF _{norm}	28,0 [18,2; 34,5]	50,2 [34,5; 64,5]***	35,2 [20,9; 48,8]◆ ##
LF/HF	2,6 [1,9; 4,5]	1,0 [0,6; 2,3]**	1,8 [1,1; 3,8]◆

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и во время пребывания в гипнотическом состоянии);

◆ $p < 0,05$; ◆◆ $p < 0,01$; ◆◆◆ $p < 0,001$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и после выхода из него);

$p < 0,05$; ## $p < 0,01$; ### $p < 0,001$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (пребывание в гипнотическом состоянии и после выхода из него).

Все показатели общей ВРС (SDNN, CV, TP) во время пребывания в ГС снижались (табл. 3). После выхода из гипноза значения CV возвращались к исходному уровню, а SDNN и TP – превысили его.

Исходная симпатическая гиперактивация в состоянии гипноза уменьшалась. Это проявлялось в снижении значений абсолютной спектральной мощности в LF-диапазоне ($p = 0,003$), а также ряда относительных показателей LF (%) ($p = 0,001$), LF_{norm} ($p = 0,0002$), LF/HF ($p = 0,0036$).

Значения показателей интенсивности парасимпатических влияний на сердечный ритм (RMSSD, pNN50, HF) во время гипноза не менялись. Однако возрастал относительный вклад парасимпатических модуляций в регуляцию сердечного ритма. Об этом свидетельствует повышение значений относительной спектральной мощности в высокочастотном диапазоне HF (%) ($p = 0,0006$). Также отмечался достоверный прирост нормированного значения абсолютной мощности HF_{norm} ($p = 0,0002$).

После выхода из ГС симпатико-парасимпатический баланс начинал смещаться в обратную сторону к исходному преобладанию симпатических влияний на сердечный ритм. Повышались относительная и нормированная абсолютная спектральная мощность в диапазоне низких частот LF (%) ($p = 0,0004$) и LF_{norm} ($p = 0,006$). Увеличивался индекс LF/HF ($p = 0,046$). Уменьшалась нормированная абсолютная мощность в диапазоне высоких частот HF_{norm} ($p = 0,006$). Однако значения этих показателей не достигали исходного уровня.

После выхода из гипноза наблюдался достоверный прирост абсолютной спектральной мощности в VLF-диапазоне ($p = 0,04$), однако относительный вклад этого компонента в общую спектральную мощность VLF (%) оставался прежним ($p = 0,38$).

Как продемонстрировано в табл. 4, в группе 3 средняя ЧСС уменьшалась только во время гипноза ($p = 0,015$), а после выхода из ГС значения этого показателя возвращались к исходному уровню ($p = 0,17$). Средняя продолжительность кардиоинтервалов RRNN демонстрировала динамику, противоположную ЧСС.

Общая ВРС во время пребывания в гипнозе оставалась неизменной, а после выхода из ГС достоверно повышалась по всем показателям (SDNN, CV, TP). Постгипнотическое повышение общей спектральной мощности TP обеспечивалось за счет прироста мощности в HF- и LF-диапазонах.

После перехода в гипноз усиливалась интенсивность парасимпатических модуляций сердечного ритма. Это проявлялось в увеличении абсолютной и относительной спектральной мощности в HF-диапазоне. Повышение pNN50 не достигало уровня статистической значимости. После выхода из ГС повышенные значения абсолютной мощности спектра в высокочастотном диапазоне HF сохранялись, а также наблюдался достоверный

прирост других показателей парасимпатической активности: RMSSD, pNN50. Относительная спектральная мощность в HF-диапазоне возростала в ГС более чем в 2 раза ($p = 0,0045$) и оставалась на этом уровне после выхода ($p = 0,02$).

Таблица 4
Динамика вариабельности ритма сердца в ходе сеанса гипноза в третьей группе

Показатель	До перехода в гипнотическое состояние	Пребывание в гипнотическом состоянии	После выхода из гипнотического состояния
ЧСС (уд/мин)	77,3 [68,0; 96,0]	74, 2[67,0; 90,0]*	77,2 [68,4; 92,0]
RRNN (мс)	776 [625; 877]	808 [663; 894]*	777 [651; 877]
SDNN (мс)	33,4 [27,0; 44,0]	34,8 [25,5; 53,0]	44,1 [40,0; 52,0]◆◆
CV (%)	4,4 [4,1; 5,1]	4,3 [2,9; 5,8]	5,8 [5,0; 6,2]◆
RMSSD (мс)	21,0 [14,0; 24,0]	22,0 [13,0; 43,0]	25,2 [20,0; 28,0]◆◆
pNN50 (%)	1,2 [0,2; 3,9]	3,0 [0,6; 4,5]	4,0 [1,2; 6,9]◆◆
TP (мс ²)	1244 [1016; 2212]	1190 [616; 2650]	2338 [1655; 2942]◆◆
VLF (мс ²)	694 [336; 1833]	523 [388; 1040]	505 [347; 1714]
LF (мс ²)	319 [208; 607]	375 [223; 949]	787 [487; 1418]◆◆###
HF (мс ²)	142 [111; 226]	272 [114; 839]*	340 [183; 584]◆◆
VLF (%)	60,1 [31,6; 80,0]	40,9 [21,1; 50,8]*	45,0 [17,2; 67,5]◆
LF (%)	25,5 [11,5; 54,9]	31,4 [21,7; 49,6]	44,9 [19,6; 57,2]
HF (%)	13,1 [8,1; 16,3]	27,5 [13,1; 32,5]**	19,6 [12,6; 25,0]◆
LF _{norm}	65,4 [54,9; 81,0]	53,1[44,1; 60,4]	69,0 [65,9; 70,9]##
HF _{norm}	34,6 [19,0; 45,1]	46,9 [39,6; 55,9]	31,0 [29,1; 34,1]##
LF/HF	1,9 [1,2; 4,3]	1,2 [0,9; 1,8]	2,2 [1,9; 2,5]

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и во время пребывания в гипнотическом состоянии);

◆ $p < 0,05$; ◆◆ $p < 0,01$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (до гипноза и после выхода из него);

$p < 0,05$; ### $p < 0,01$ – статистически значимые различия при сравнении парных выборок по критерию Вилкоксона (пребывание в гипнотическом состоянии и после выхода из него).

Интенсивность симпатических влияний на сердце во время гипноза не отличалась от исходного уровня. Об этом говорит отсутствие статистически значимых изменений в абсолютной и относительной спектральной мощности в низкочастотном диапазоне: LF ($p = 0,43$) и LF (%) ($p = 0,53$). После выхода из гипноза наблюдался достоверный прирост абсолютной

спектральной мощности в LF-диапазоне ($p = 0,003$), однако относительная мощность достоверно не менялась ($p = 0,14$), хотя и наблюдалась тенденция к ее увеличению.

Значения основного показателя симпатико-парасимпатического баланса – индекса LF/HF во время пребывания в гипнозе снижались, а после выхода повышались, но эти изменения не достигали уровня статистической значимости. В ГС уменьшалось значение нормированной спектральной мощности в диапазоне низких частот $LF_{\text{ном}}$ и повышалось – в диапазоне высоких частот $HF_{\text{ном}}$. Однако эти изменения были недостоверны. После выхода из гипноза наблюдалось восстановление этих показателей к исходному уровню, и эти изменения были статистически значимыми по сравнению с уровнем указанных показателей в гипнозе.

В группе 3 исходно наблюдалась гиперактивация надсегментарных эрготропных систем, что проявлялось в повышенных значениях относительной мощности спектра в диапазоне очень низких частот VLF (%) (больше 45 %). Абсолютные значения спектральной мощности в этом диапазоне не менялись ни во время гипноза, ни после выхода из него. Во время гипноза относительная мощность спектра в VLF-диапазоне достоверно снижалась ($p = 0,036$) и оставалась на том же уровне после выхода ($p = 0,012$).

Обсуждение результатов исследования

Разработанный в исследовании алгоритм разбиения общей выборки позволил выделить группы испытуемых с различным исходным вегетативным статусом. В группу 1 вошли здоровые лица с оптимальным состоянием вегетативной регуляции и хорошими адаптационными возможностями. У них были нормальные значения общей ВРС и симпатико-парасимпатического баланса. В группу 2 вошли здоровые лица, у которых адаптационные возможности уже начали снижаться, но мощность регуляторных процессов еще не вышла за нормативные рамки. При этом вклад симпатической нервной системы в регуляцию ритма сердца начал превалировать над парасимпатическими модуляциями. Испытуемые группы 3 были максимально близки к срыву адаптационных процессов. Об этом говорят пониженные значения общей ВРС и сдвиг симпатико-парасимпатического баланса в сторону симпатикотонии.

Несмотря на исходно различающийся вегетативный статус, во всех трех группах в большинстве случаев наблюдалось снижение ЧСС в состоянии гипноза. В первых двух группах эти изменения сохранялись и по

сле дегипнотизации, но в третьей группе, наиболее близкой к дезадаптации, быстро возвращались к исходному уровню. Также во всех трех группах отмечался постгипнотический прирост общей ВРС, превышающий исходный уровень. Эти изменения описаны и в других исследованиях [10–12, 14] и свидетельствуют о благоприятном влиянии гипноза в плане повышения функциональной гибкости вегетативной регуляции и адаптационных возможностей организма.

Несмотря на внешнее сходство, постгипнотический прирост общей ВРС в разных группах происходил за счет увеличения мощности разных регуляторных компонентов. В группе 1 – за счет прироста интенсивности симпатических (LF) и надсегментарных эрготропных (VLF) влияний, в группе 2 – за счет надсегментарных эрготропных (VLF) и вагусных (HF) модуляций, в группе 3 – за счет активности периферических отделов ВНС (LF, HF).

При этом во всех трех группах наблюдалась отчетливая тенденция к нормализации в гипнозе тех показателей ВРС, которые исходно были отклонены от нормы. Этот эффект сохранялся и после выхода. Доказательством служат слабо выраженные изменения ВРС в группе 1 во время пребывания в гипнозе. Ни общая ВРС, ни симпатико-парасимпатический баланс практически не менялись. Исходно в этой группе состояние системы вегетативной регуляции было оптимальным, и именно поэтому в состоянии гипноза не наблюдалось активной вегетативной перестройки. Это объяснимо, поскольку важнейшим свойством оптимальной вегетативной регуляции является ее устойчивость к возмущающим воздействиям, в том числе к гипнозу.

В группе 2 сдвиги вегетативных показателей в ходе гипноза также носили адаптивный характер. Изначально в этой группе наблюдалось превалирование симпатических влияний на ритм сердца, однако еще не произошло централизации регуляторных процессов. Во время гипноза и после него наблюдался процесс нормализации исходно нарушенного симпатико-парасимпатического баланса. В гипнозе баланс симпатических и парасимпатических влияний восстанавливался за счет снижения активности симпатoadреналовых механизмов, что приводило к увеличению относительного вклада парасимпатических модуляций в регуляторный процесс. После выхода активность симпатической нервной системы нарастала, но уже не достигала исходного уровня.

Изначально в группах 1 и 2 не наблюдалось централизации регуляторных процессов. Именно поэтому соотношение активности центральных

и периферических регуляторных систем, являющееся важным гомеостатическим параметром, оставалось неизменным на протяжении всего сеанса.

Группа 3 была наиболее близка к срыву адаптационных процессов. Даже в отсутствии нагрузки нормальные значения ЧСС в покое поддерживались за счет выраженного функционального перенапряжения ВНС. Об этом свидетельствовали пониженные значения общей ВРС, симпатикотония и централизация регуляторных процессов. Последняя проявлялась в избыточной активации надсегментарных эрготропных систем.

Во время пребывания в гипнозе и после выхода из него в группе 3 уменьшалась степень вовлеченности центральных систем в процесс регуляции. В совокупности с постгипнотическим повышением общей ВРС эти данные говорят о снижении функционального напряжения ВНС и подтверждают адаптационное нормализующее действие гипноза.

Постгипнотический прирост общей ВРС в этой группе происходил за счет пропорционального увеличения интенсивности симпатических и парасимпатических влияний. Поэтому симпатико-парасимпатический баланс после гипноза остался таким же, как и до гипноза, и характеризовался симпатикотонией.

Пребывание в гипнозе у испытуемых группы 3 сопровождалось компенсаторным увеличением интенсивности парасимпатических модуляций сердечного ритма, которое сохранялось и после дегипнотизации. Повышение активности парасимпатической регуляции приводило к уменьшению относительного вклада надсегментарных эрготропных систем в регуляцию и к децентрализации регуляторных процессов.

Сопоставление динамики общей ВРС и индекса симпатико-парасимпатического баланса в разных группах показывает, что дезадаптационный процесс в системе вегетативной регуляции, в первую очередь, характеризуется сдвигом симпатико-парасимпатического баланса в сторону симпатикотонии. Утрата функциональной гибкости ВНС происходит позднее. Реадаптивное восстановление этих механизмов, индуцированное в гипнозе, происходит в обратном порядке.

Выделение фактора пола в ходе факторного анализа в матрицах 4 и 5, характеризующих гипногенные изменения ВРС, подтверждает данные [7] о значимых различиях в нейровегетативной реакции на гипноз у мужчин и женщин. Указанный результат соотносится с представлениями о межполовых различиях стресс-индуцированной вегетативной реактивности [4] и отражает эустрессовые механизмы биологических эффектов гипноза.

Заключение

Полученные нами данные подтверждают основные положения интегративной теории гипноза и гипнотерапии [5], согласно которым само по себе пребывание в гипнозе имеет отчетливое биологическое воздействие на организм и активирует реадaptивно-эустрессовые механизмы. Гипногенная перестройка нейровегетативных процессов направлена на повышение функциональной гибкости и оптимизацию вегетативной регуляции. Особенности динамики вегетативных показателей определяются исходным состоянием вегетативной регуляции, но общая закономерность сводится к повышению мощности регуляторных процессов и восстановлению до нормы изначально отклоненных параметров.

Можно предполагать, что указанные механизмы наблюдаются не только в норме, но и при любой патологии, патогенетически связанной с механизмами хронического стресса. Это обосновывает широкий спектр клинических показаний для применения гипноза и гипнотерапии. Вместе с тем, требуются дальнейшие исследования для уточнения особенностей терапевтического действия гипноза при различных психических и психосоматических расстройствах.

Литература

1. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: метод. рекомендации / сост. Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л.В. Чирейкин и др. – Ижевск: Изд-во Удм. ун-та, 2003. – С. 201–255.
2. Ковалева В.В, Панова Е.Н., Горбачева А.К. Анализ вариабельности ритма сердца и возможности его применения в психологии и физиологии // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 1. – С. 35–50.
3. Овчинников К.В. Взаимосвязь вариабельности сердечного ритма и психофизиологических показателей у лиц с разным типом вегетативной нервной системы : автореф. дис. д-ра биол. наук. – Ростов-н/Д, 2006. – 23 с.
4. Татевосян Н.Э., Геворкян Э.Г., Ваганян Л.Г. [и др.] Межполовые особенности вариабельности сердечного ритма и гемодинамики при умственной и физической нагрузке // Медицинская наука Армении. – 2012. – № 4. – С. 65–74.
5. Тукаев Р.Д. Гипноз: механизмы и методы клинической гипнотерапии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 448 с.
6. Тукаев Р.Д., Антипова О.С. Вариабельность сердечного ритма в исследованиях гипноза и гипнотерапии: возможности и перспективы научного и клинического использования // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. –Т. 17, вып. 3. – С. 82–88.
7. Тукаев Р.Д., Срывкова К.А., Антипова О.С. [и др.] Динамика вариабельности ритма сердца в гипнозе у здоровых молодых мужчин и женщин //

Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – Т. 8, № 4. – С. 484–498.

8. Федотова Г.Г., Пожарова Г.В., Гераськина М.А. Оценка функционального состояния организма студентов на основе variability сердечного ритма [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=22587> (дата обращения: 25.07.2020)

9. Шлык Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов. – Ижевск: Изд-во Удм. ун-та. – 2009. – 259 с.

10. Aubert A.E., Verheyden B., Beckers F. [et al.] Cardiac autonomic regulation under hypnosis assessed by heart rate variability: spectral analysis and fractal complexity // *Neuropsychobiology*. – 2009. – Vol. 60, № 2. – P. 104–112.

11. Hippel C., Hole G., Kaschka W. Autonomic profile hypnosis as assessed by heart rate variability and spectral analysis // *Pharmacopsychiatry*. – 2001. – Vol. 34. – P. 111–113.

12. Kekecs Z., Szekeley A., Varga K. Alteration in electrodermal activity and cardiac parasympathetic tone during hypnosis // *Psychophysiology*. – 2016. – Vol. 53. – P. 268–277.

13. Lucini D., Riva S., Pizzinelli P., Pagani M. Stress management at worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation // *Hypertension*. – 2007. – Vol. 49, № 2. – P. 291–297.

14. Ray W.J., Sabsevitz D., De Pascalis V. [et al.] Cardiovascular reactivity during hypnosis and hypnotic susceptibility: three studies of heart rate variability // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. – 2000. – Vol. 48, № 1. – P. 22–31.

15. Wood R., Maraj B., Lee C.M., Reyers R. Short-term heart rate variability during cognitive challenge in young and older adults // *Age and Ageing*. – 2002. – Vol. 31, № 2. – P. 131–135.

Поступила 04.08.2020

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

Для цитирования. Тукаев Р.Д., Срывкова К.А., Антипова О.С. Динамика variability ритма сердца в ходе сеанса гипноза в зависимости от исходного вегетативного статуса у молодых здоровых добровольцев // *Вестник психотерапии*. 2020. № 75 (80). С. 80–97.

**HEART RATE VARIABILITY DYNAMICS DURING AND AFTER A HYPNOSIS SESSION
DEPENDING ON THE INITIAL AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM STATUS
IN HEALTHY YOUNG VOLUNTEERS**

Tukaev R.D.¹, Sryvkova K.A.², Antipova O.S.²

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
(building 1, Barrikadnaya st., 2/1, Moscow, Russia);

² V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(building 10, Poteshnaya st., 3, Moscow, Russia).

Rashit Dzhaudatovich Tukaev – Dr. Med. Sci, Prof., Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Healthcare of the Russian Federation (building 1, Barrikadnaya st., 2/1 Moscow, 125993, Russia); e-mail: tukaevrd@gmail.com;

Kseniya Alexandrovna Sryvkova – Junior Research Associate, Department of Affective Disorder, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (building 10, Poteshnaya st., 3, Moscow, 107076, Russia); e-mail: ksufiko@gmail.com;

✉ Olga Sergeevna Antipova – PhD Med. Sci., Leading Research Associate, Department of Affective Disorder, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (building 10, Poteshnaya st., 3, Moscow, 107076, Russia); e-mail: olgaant77@gmail.com.

Abstract. The article is devoted to the results of a study of the dynamics of heart rate variability (HRV) in healthy young people during a hypnosis session. Using factor analysis, the total sample (n = 54) was divided into three groups with different initial autonomic nervous system (ANS) status. After hypnosis in all three groups a slight decrease in heart rate and an increase in total HRV were revealed, and dehypnotization led to an increase in sympathetic modulations of heart rate. HRV-reactivity in hypnosis differed depending on the initial ANS status. Despite this, in all groups there was a normalization of precisely those indicators that were initially deviated from the norm. Together with the posthypnotic increase in total HRV this confirms the adaptive capacity of the hypnosis.

Keywords: heart rate variability, hypnosis, autonomic nervous system, adaptation, healthy subjects, autonomic status.

References

1. Analiz variabelnosti serdechnogo ritma pri ispolzovanii razlichnykh elektrokardiograficheskikh sistem: metod. rekomendacii [Analysis of heart rate variability using various electrocardiographic systems: method. Recommendations]. Ed. : R.M. Baevskij, G.G. Ivanov, L.V. Chirejkin [et al.]. Izhevsk. 2003. Pp. 201–255. (In Russ.)

2. Kovaleva V.V., Panova E.N., Gorbacheva A.K. Analiz variabelnosti ritma serdca i vozmozhnosti ego primeneniya v psihologii i fiziologii [Analysis of the variability of the rhythm of the heart and the possibility of its application in psychology and physiology]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern foreign psychology]. 2013. N 1. Pp. 35–50. (In Russ.)

3. Ovchinnikov K.V. Vzaimosvyaz variabelnosti serdechnogo ritma i psihofiziologicheskikh pokazatelej u licz s raznym tipom vegetativnoj nervnoj sistemy [The relationship between the variability of the heart rhythm and psychophysiological indicators in persons with a different type of autonomic nervous system] : Abstract dissertation Dr. Biol. Sci. Rostov-na-Donu. 2006. 23 p. (In Russ.)

4. Tatevosyan N.E., Gevorkyan E.G., Vaganyan L.G. [et al.] Mezhpолоvye osobennosti variabelnosti serdechnogo ritma i gemodinamiki pri umstvennoj i fizicheskoj nagruzke [Intergenerational features of cardiac rhythm variability and hemodynamics in mental and physical exercise]. *Medicinskaya nauka Armenii* [Medical Science of Armenia]. 2012. N 4. Pp. 65–74. (In Russ.)

5. Tukaev R.D. Gipnoz: mehanizmy i metody klinicheskoj gipnoterapii [Hypnosis: mechanisms and methods of clinical hypnotherapy]. Moskva. 2006. 448 p. (In Russ.)

6. Tukaev R.D., Antipova O.S. Variabelnost serdechnogo ritma v issledovanijah gipnoza i gipnoterapii: vozmozhnosti i perspektivy nauchnogo i klinicheskogo ispolzovaniya [Variability of heart rate in studies of hypnosis and hypnotherapy: opportunities and prospects for scientific and clinical use]. *Socialnaya i klinicheskaya psixiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2007. Vol. 17, Iss. 3. Pp. 82–88. (In Russ.)

7. Tukaev R.D., Sryvkova K.A., Antipova O.S. [et al.] Dinamika variabelnosti ritma serdca v gipnoze u zdorovyh molodyh muzhchin i zhenshhin [Dynamics of heart rhythm variability in hypnosis in healthy young men and women]. *Psixiatriya, psixoterapiya i klinicheskaya psixologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2017. Vol. 8, N 4. Pp. 484–498. (In Russ.)

8. Fedotova G.G., Pozharova G.V., Geraskina M.A. Ocenka funkcionalnogo sostoyaniya organizma studentov na osnove variabelnosti serdechnogo ritma [Elektronnyj resurs] [Assessment of the functional state of the body of students based on heart rate variability]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2015. N 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=22587> (In Russ.)

9. Shlyk N.I. Serdechnyj ritm i tip reguljacii u detej, podrostkov i sportsmenov [Heart rate and type of regulation in children, adolescents and athletes]. Izhevsk. 2009. 259 p. (In Russ.)

10. Aubert A.E., Verheyden B., Beckers F. [et al.] Cardiac autonomic regulation under hypnosis assessed by heart rate variability: spectral analysis and fractal complexity. *Neuropsychobiology*. 2009. Vol. 60, N 2. Pp. 104–112.

11. Hippel C., Hole G., Kaschka W. Autonomic profile hypnosis as assessed by heart rate variability and spectral analysis. *Pharmacopsychiatry*. 2001. Vol. 34. Pp. 111–113.

12. Kekecs Z., Szekely A., Varga K. Alteration in electrodermal activity and cardiac parasympathetic tone during hypnosis. *Psychophysiology*. 2016. Vol. 53. Pp. 268–277.

13. Lucini D., Riva S., Pizzinelli P., Pagani M. Stress management at worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation. *Hypertension*. 2007. Vol. 49, N 2. Pp. 291–297.

14. Ray W.J., Sabsevitz D., De Pascalis V. [et al.] Cardiovascular reactivity during hypnosis and hypnotic susceptibility: three studies of heart rate variability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2000. Vol. 48, N 1. Pp. 22–31.

15. Wood R., Maraj B., Lee C.M., Reyers R. Short-term heart rate variability during cognitive challenge in young and older adults. *Age and Ageing*. 2002. Vol. 31, N 2. Pp. 131–135.

Received 04.08.2020

For citing. Tukaev R.D., Sryvkova K.A., Antipova O.S. Dinamika variabelnosti ritma serdtsa v khode seansa gipnoza v zavisimosti ot iskhodnogo vegetativnogo statusa u molodykh zdorovykh dobrovol'tsev. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. Pp. 80–97. (In Russ.)

Tukaev R.D., Sryvkova K.A., Antipova O.S. Heart rate variability dynamics during and after a hypnosis session depending on the initial autonomic nervous system status in healthy young volunteers. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. Pp. 80–97.

УДК 616.89-008.441.44

А.А. Григорьева

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПРЕВЕНЦИИ ПОДРОСТКОВОЙ СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
(Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

В статье дается обзор представлений об экзистенциальных предпосылках суицидального поведения подростков. Рассматриваются возможности применения экзистенциального подхода в превенции подростковой аутоагрессии. Приводятся данные эмпирических исследований, раскрывающих взаимосвязь между суицидальностью и основными экзистенциальными категориями: тревога, смысл, одиночество. Раскрывается специфика понимания каждой из перечисленных категорий как протективного личностного механизма в подростковом возрасте. Описываются модели формирования экзистенциальной тревоги в детском возрасте. Отмечается роль экзистенциальной тревоги, чувства бессмысленности жизни и одиночества в экзистенциальном кризисе подростка. Приводится основная экзистенциальная методология, содействующая в формировании протективных личностных факторов.

Ключевые слова: экзистенциальный подход, суицидальное поведение, подростки, профилактика, аутоагрессивное поведение.

Согласно многочисленным отечественным и зарубежным эпидемиологическим данным, распространение разных форм суицидального и само-

Григорьева Александрина Андреевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: alexandrina_gr@mail.ru.

повреждающего поведения среди подростков представляет социально значимую проблему [6, 19]. Превентивные меры, предпринимаемые в разных сферах (медицина, образование, СМИ и т. д.) с целью предотвращения подростковой аутоагрессии, преимущественно направлены на редукцию факторов риска и усиление протективных механизмов личности. При этом одной из важнейших профилактических задач является изменение аутоагрессивных стратегий поведения подростков на альтернативные адаптивные модели отношений с собой и социумом. Такой предупреждающий подход в работе с молодыми людьми реализуется в работе психологов, социальных педагогов, врачей-психотерапевтов. Формирование более гармоничных отношений с собой и миром может происходить с опорой на различные психотерапевтические модели (когнитивно-поведенческую, психодинамическую, экзистенциально-гуманистическую и др.), с акцентом на разных аспектах становления личности и формирования деструктивного отношения к собственному телу.

Когнитивно-поведенческие подходы в профилактике и коррекции разных проявлений суицидального и самоповреждающего поведения являются наиболее распространенными [29, 53].

Данные подходы основаны на понимании суицидального и самоповреждающего поведения как результата когнитивных искажений и дезадаптивных стратегий в ситуации стресса [30, 54]. К основным направлениям когнитивно-поведенческого подхода, направленным на превенцию аутоагрессивного поведения, относят: разработку пошаговых кризисных инструкций с антисуицидальным планом (краткосрочная кризисная интервенция) [49]; формирование навыков эмоциональной саморегуляции и способности находить альтернативные выходы из сложившихся стрессовых ситуаций (диалектико-поведенческая терапия) [39]; обучение рациональному решению проблем (проблемно-ориентированная психотерапия) [58].

Вместе с тем исследователями отмечается, что эффективность применения когнитивно-поведенческого подхода в профилактической и коррекционной работе с подростками, имеющими риски суицидального поведения, в амбулаторных условиях нередко оказывается недостаточно эффективным в связи с акцентом на депрессивные состояния [53], механистичностью применяемой методологии при краткосрочных интервенциях [45], негативными эффектами психообразовательных тактик при первичной профилактике [51].

Современный психодинамический подход связывает суицидальное и самоповреждающее поведение с нарциссическими чертами личности, не-

зрелостью компенсаторных механизмов [9, 10, 21, 48], преодолением «диффузности личности» [32]. Психокоррекционная работа фокусируется на улучшении контроля за аффективным состоянием и осознании переноса (терапия, основанная на ментализации, Mentalization-based therapy) [24]; интеграцию разрозненных частей «Я» (терапия, сфокусированная на трансфере, Transference-Focused Psychotherapy) [38], анализе межличностных успехов и неудач личности (Межличностная психодинамическая терапия, Interpersonal psychodynamic psychotherapy) [33].

Экзистенциально-гуманистический подход рассматривает суицидальное поведение как результат нарушения ценностно-смысловой сферы личности, высокой экзистенциальной тревоги подростков, возникающей при столкновении личности с темами смерти, будущей жизни, свободы, ответственности и др. [56]. Среди основных экзистенциальных направлений превентивной и психокоррекционной работы следует отметить содействие в поиске смыслов и ценностей (логотерапия) [27], «исполненность экзистенции» (экзистенциальный анализ) [14, 15], экзистенциальную интегративную терапию [50].

На фоне растущей тенденции к увеличению числа подростков, совершающих самоубийства и прибегающих к самоповреждению [6, 20], исследователи отмечают взаимосвязь между суицидальными интенциями и ощущениями качества жизни и экзистенциальной исполненности [3, 5, 43, 57]. В последнее время возрастает количество исследований, направленных на изучение субъективного переживания счастья, смысла жизни, однако систематических исследований об эффективности и результатах применения экзистенциальных, смыслоцентрированных подходов в работе с подростками недостаточно. Экзистенциальные аспекты детского, подросткового и юношеского возраста раскрываются в отечественных [1, 7, 11, 12, 13] и зарубежных [43, 52, 25] публикациях. Работы, посвященные использованию концепций экзистенциализма в практике консультирования, коррекции и превенции с подростковой аудиторией, – единичны как в России, так и за рубежом. Применению экзистенциальных принципов в работе психологов и психотерапевтов с подростковым возрастом уделяется недостаточное внимание [31]. Вместе с тем именно в подростковом возрасте подросток сталкивается с необходимостью осмысления таких экзистенциальных проблем, как жизнь и смерть, свобода и ответственность, изоляция и бессмысленность [25], которые составляют феноменологическую основу экзистенциального пути в дезадаптивные поведенческие копинги, в связи

с чем актуальным является изучение возможностей применения экзистенциального подхода в превенции аутоагрессивного поведения подростков.

Предотвращение суицидального поведения может быть направлено как 1) на выявление и купирование факторов риска (клинико-психологических, социальных и т. д.) и реализовываться как кризисное вмешательство, так и 2) на выявление и укрепление протективных факторов (чувство наполненности и осмысленности жизни, социальной поддержки и др.).

Модель кризисного вмешательства является одним из основополагающих подходов к предотвращению суицида [47]. Данная модель представляет собой краткосрочный когнитивно-поведенческий подход, направленный на то, чтобы помочь человеку пережить актуальные негативные обстоятельства жизни, купировать симптомы суицидального поведения.

Укреплению протективных личностных факторов может содействовать психокоррекционная методология, основанная на экзистенциальных принципах и методах. Такой подход является более длительным по сравнению с кризисным вмешательством и имеет персонифицированную направленность на конкретного подростка и его экзистенциальные проблемы.

По данным исследователей, субъективная оценка подростками своей жизни как «хорошей», переживаемая как экзистенциальная исполненность, обладает проективной функцией, как при депрессивных состояниях, так и при признаках рискованного и аутоагрессивного поведения [15, 28]. От того, насколько подросток справляется с экзистенциальной тревогой, способен находить смыслы в жизни и ценностно соотноситься с собой и другими людьми, зависит его психическое и психологическое здоровье.

Большое значение в экзистенциальной психологии уделяется теме тревоги. В контексте подросткового возраста данная тема рассматривалась преимущественно в отношении социального взаимодействия, школьного обучения, личностной тревожности [10, 16, 18]. Рядом исследователей отмечается, что в подростковый период личность сталкивается с экзистенциальной тревогой, сопровождающей процессы идентичности и формирования персональной позиции [4, 25, 52]. В общепринятом понимании тревога – эмоция, связанная с ощущением неопределенности, ожидании негативных событий. Экзистенциальная тревога – это ощущение собственной уязвимости перед будущим, связанное с осознанием конечности существования и темой смерти [16]. Изменение отношений с самим собой и миром, ответственность за собственное будущее усиливает переживание тревоги.

И. Берманом с соавторами (1992 г.) были представлены эмпирические данные относительно переживания подростками экзистенциальной

тревоги [25]. Половина опрошенных молодых людей переживали тревогу в моменты размышлений о своей дальнейшей судьбе (64 %), о бессилии (30 %), пустоте (70 %), осуждении (53 %) и вине (59 %). В целом 96 % респондентов переживали экзистенциальную тревогу, что привело авторов исследования к выводу о том, что данный феномен подросткового возраста можно рассматривать как нормативный.

Экзистенциальная тревога может становиться труднопереносимым переживанием под воздействием различных негативных факторов (семейных, биогенетических, социальных и т. д.), что приводит подростков к поиску способов ее избегания и обретения псевдоидентичности. Дефицит позитивной идентичности приводит к формированию повторяющихся компенсаторных механизмов, позволяющих подростку решать актуальные личностные проблемы [22]. Вариантами таких поведенческих механизмов становятся аутоагрессивное поведение, включающее суицидальные мысли, самоповреждение, употребление психоактивных веществ [37].

Экзистенциальная тревога накапливается начиная с младенчества. Эквивалентами этого феномена является чувство угрозы существованию при несвоевременном кормлении или отсутствие эмоциональной реакции со стороны родителей и т. д. Негативное воздействие ближайшего окружения (психотравмы), трудности адаптации к происходящим возрастным изменениям, нарушение привязанности ребенка с близкими людьми и т. д. Все это приводит к усилению экзистенциальной тревоги, к ощущению угрозы собственному бытию [52]. Важное влияние на формирующуюся психику ребенка оказывают экзистенциальные данности, с которыми они могут сталкиваться: смерть или болезнь близких, физические дефекты и т. д. С течением времени при негативном воздействии вышеуказанных факторов у взрослеющего ребенка будет формироваться вербализуемое им переживание «жить – это страшно», «я никому не могу доверять» [46]. Проективными факторами, способствующими снижению экзистенциальной тревоги и формированию способности ее выдерживать, являются чувства смысла, устойчивой позитивной идентичности (персональной) [4], социальной вовлеченности [35] (рис.1).

Поиск смысла жизни является критическим вопросом на любом этапе жизни человека, но его появление связано именно с началом подросткового возраста, когда самооценка и ценности личности активно формируются. Чувство смысла у подростков переживается как мотивирующая цель, реализуемая в каждодневных задачах, оно взаимосвязано с уровнем академической успеваемости, здоровым питанием, физической активностью,

ожиданием будущего, поведением, направленным на укрепление здоровья [25, 25].

Было выявлено, что у подростков в возрасте 15–18 лет, ощущающих смысл жизни, менее выражены проявления агрессивного и антисоциального поведения [26]. Его наличие содействует активному развитию подростков, способствует их благополучию, снижает риски девиантного поведения [42]. Если человеку удастся установить смысл и цель в подростковом возрасте, то он ориентируется в жизни на конкретные цели, имеет твердую Я-концепцию и самооценку, обладает духовным благополучием и лучше справляется с беспокойством и стрессом.



Рис. Модель развития экзистенциальной тревоги в подростковом возрасте (адаптировано из Shumaker D., 2017)

Смысл жизни может выступать своеобразным буфером, снижая воздействие различных факторов риска, в частности, такие как буллинг [34]. Отсутствие смысла жизни у подростков, претерпевающих травлю со стороны сверстников, достоверно коррелирует с суицидальными идеями ($b = 0,07$, $SE = 0,10$, NS).

Чувство смысла неотъемлемо связано с понятием «воля к смыслу» [20]. Процесс личностного развития подразумевает активное стремление к

целям, ценностям и смыслам. В этом стремлении личность сталкивается с необходимостью прилагать волевые усилия для реализации смысла. В подростковом возрасте, как и в любом другом, движение к смыслу – это активная деятельность, в последующем приобретающая характеристику «своего дела». Так, например, в отдельных исследованиях показано, что внеурочная деятельность у подростков, так же как и смысл жизни, во многом являются протективными факторами, защищающими от возникновения суицидальных мыслей и других видов аутоагрессивного поведения [23]. То есть содействие подростку в поиске смысла или волевым движением к смыслу может применяться как один из значимых векторов в профилактической работе с суицидальными рисками.

Значимым экзистенциальным предиктором суицидального и самоповреждающего поведения у подростков являются переживание изоляции и одиночества [36]. В исследованиях показано, что преобладающими ценностями подростков являются наличие верных друзей, любовь, то есть эмоциональная близость в межличностном взаимодействии [2]. Вместе с тем социальное отчуждение, неспособность переживать духовную близость в отношениях остаются среди основных проблем современных подростков [7].

Чувство одиночества сопровождается депрессивными переживаниями, подавленностью, ощущением собственной «ничтожности». Ожидания подростка в отношении других людей и оценка возможностей создания отношений смещается в негативную сторону: «я никому не нужен», «никто не хочет общаться с таким как я». Вместо активной социальной позиции подросток, углубляясь в свои переживания, сам избегает контактов и взаимодействия со сверстниками. Формирующееся чувство изоляции лежит в основе аутоагрессивных механизмов и возникновения суицидальных идей. Отсутствие чувства социальной принадлежности является одним из решающих факторов при переходе от суицидальных идей к суицидальным попыткам у подростков [40]. Напротив, чувство социальной поддержки у подростков имеет статистически значимые корреляции со снижением признаков суицидального поведения [23].

Усиление экзистенциальной тревоги, утрата смыслов, чувство социальной изоляции и одиночества, сопровождающиеся чувством глубокого психологического дискомфорта, являются признаками экзистенциального кризиса подростка. Кризис потенциально содержит в себе как угрозу нормативному развитию, так и новые возможности для роста и развития. Негативный исход экзистенциального кризиса подростков приводит к утрате

образа будущего и смысла жить. Позитивный исход приводит к переживанию жизни как «хорошей», экзистенциально исполненной.

Резюмируя вышесказанное, можно определить основную цель превентивного вмешательства, основанного на экзистенциальном подходе, как активизацию ресурсов личности, сохранение смысла и целей жизни, несмотря на неблагоприятные обстоятельства. Фокусировка подростка на здоровых аспектах личности и возможностях, которые доступны ему для развития независимо от неблагоприятных фрустрирующих ситуаций, является важным вектором превенции суицидального поведения, основанного на экзистенциальном подходе.

Соответственно при предотвращении суицидального поведения у подростков важную роль играют протективные факторы, позволяющие преодолеть им экзистенциальный кризис. К ним относят цели и смыслы в жизни, наличие сформированных положительных ценностей, сформированных стратегий решения проблемных ситуаций [52].

Суицидальные мысли в подростковом возрасте часто связаны с текущими жизненными трудностями. Суицидальные идеи без суицидального плана скрывают невысказанное, а порой и неосознанное желание подростка улучшить положение дел и выйти из трудной жизненной ситуации. Подростки с высоким риском суицидальности, переживая экзистенциальный кризис, не могут создать дистанцию по отношению к своим проблемам, что приводит к постоянному их обдумыванию, или гиперрефлексии, следствием чего становится неспособность личности переключить свой смысловой потенциал или актуализировать личностные ресурсы в целенаправленной деятельности.

Таким образом, важная превентивная задача специалиста – показать подростку, что нет ситуаций безнадежных и нет никого, кто не мог бы достичь возможности осмысленной жизни [41]. Помочь в реализации данной задачи может применение экзистенциальной методологии: укрепление воли к смыслу, дерефлексия, развитие способности к самотрансценденции (самореализации). Укрепление воли к смыслу помогает подросткам осознать и развить переживание силы человеческого духа для преодоления биологических, психологических или социальных ограничений и противостояния неблагоприятным обстоятельствам и опыту. Метод дерефлексии предоставляет возможность переключить внимание личности подростка с текущих проблем на свой смысловой потенциал, предоставляя подростку возможность «выходить за пределы самого себя», жить ради кого-то или ради чего-то, чувствовать ценности, что описывается в экзистенциальном

подходе как самотрансценденция. Следует отметить, что большой ценностью для подростка является диалог со взрослым на экзистенциальные темы, ощущение собственной ценности и уважительного внимания к его личности и жизни само по себе может быть смыслообразующим [46].

Включение экзистенциального подхода в превентивную модель позволяет компенсировать эффекты кризисного вмешательства, снижая угрозу самоповреждения и суицида за счет персонального обращения к проблемам подростка, его экзистенциальным мотивациям и содействия в преодолении психологического дискомфорта [43]. Экзистенциальный подход целесообразно применять в качестве альтернативной модели кризисного вмешательства, когда риск совершения самоубийства оценивается как низкий, а также можно интегрировать в модель кризисного вмешательства в ситуациях, когда суицидальное поведение вероятно. Эффективность применения экзистенциального подхода в превенции подростковых суицидов и других форм аутоагрессивного поведения подтверждена в ряде исследований [44, 50, 55].

Заключение

Методология экзистенциальной терапии позволяет как выявлять, так и содействовать формированию смысложизненных установок, переживанию свободы, улучшению адаптации в окружающей личность социальной среде, способствовать повышению степени осознания самого себя, своей аутентичности. Активизация ценностно-смысловой сферы личности, опора на понимание экзистенциальных мотиваций создают благоприятные условия для процессов самоактуализации и самореализации личности, что, в свою очередь, является протективным механизмом аутоагрессивных форм поведения.

Принципы и методы превентивной работы, основанные на экзистенциальном подходе, призваны служить ощутимым напоминанием и подкреплением общепринятых гуманистических теоретических принципов, которые часто отсутствуют в профилактике подростковой суицидальности в основном из-за стресса, рисков и внешнего давления, связанного с работой с суицидальными личностями.

Поддержка процессов экзистенциального развития у подростков может способствовать развитию здорового поведения, ориентированного на будущее, в дополнение к предотвращению проблемного поведения.

Литература

1. Баранников А.С., Баранникова Д.А. Современный экзистенциальный анализ как существенное дополнение к теории и практике воспитания // Экзистенциальный анализ. – 2009. – № 1. – С. 113–125.
2. Богурина А.В. Ценностно-смысловой аспект концепции жизни современных подростков. [Электронный ресурс]. URL: https://rep.polessu.by/bitstream/123456789/19395/1/Bogurina_A.V._Tsennostnosmyslovoi_aspekt%20kontseptsii%20zhizni%20sovremennykh%20podrostkov.pdf (дата обращения 03.04.20).
3. Григорьева А.А. Особенности экзистенциальных переживаний у подростков с аутоагрессивным поведением // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т. 9, № 1–1. – С. 38–44.
4. Григорьева А.А. Персонифицированный подход в превенции аутоагрессивного поведения подростков. [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2020. – Т. 8, № 2 (29). – С. 149–159. URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=426> (дата обращения 03.04.20). doi: 10.23888/humJ20202149-159.
5. Григорьева А.А. Экзистенциальные основы суицидального и самоповреждающего поведения подростков // Вестн. психотерапии. – 2020. – № 73 (78). – С. 67–76.
6. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии: доклад ВОЗ. [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf. (дата обращения 01.02.2020).
7. Карпунькина Т.Н. Психологические векторы бессмысленности и отчуждения в жизни подростков [Электронный ресурс]. Сибирский психологический журнал. – 2015. – № 57. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-vektory-bessmyslennosti-i-otchuzhdeniya-v-zhizni-podrostkov> (дата обращения 14.08.2020).
8. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. – М.: Класс. – 2000. – Т. 464. – С. 6.
9. Килборн Б. Исчезающий некто: Кьеркегор, стыд и Я // История философии. – 2007. – № 13. – С. 198–220.
10. Кириллина С.А. Социально-психологический анализ детерминанты переживаний тревоги у подростков. [Электронный ресурс] // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 4 (12). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskiy-analiz-determinanty-perezhivaniy-trevogi-u-podrostkov> (дата обращения 16.08.2020).
11. Кривцова С.В. Вызовы неопределенности и становление внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход) // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2015. – Т. 8, № 40. – С. 8–18.
12. Кузубова В.О. Исследование экзистенциальной исполненности у лиц юношеского и зрелого возрастов // Новая наука: От идеи к результату. – 2015. – № 6–2. – С. 173–177.
13. Локтионова А. Страдание детей от насилия в семье и принципы психотерапевтической помощи // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 90–105.

14. Лэнгле А. Психотерапия депрессивных расстройств в современном экзистенциальном анализе (принципы и основные направления). [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. – 2006. – Т. 2006, № 2. URL: <https://psyjournals.ru/mpj/2006/n2/1557.shtml> (дата обращения 03.04.20).
15. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций: пер. с нем. – М.: Генезис, 2006. – 235 с.
16. Мэй Р. Человек в поисках себя / пер. с англ. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2013. – 224 с.
17. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 21–26.
18. Прихожан А.М. Тревога у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика // М.; Воронеж: Изд-во МОДЭК, 2000. – 304 с.
19. Статистика смертности по данным Росстат. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosinfostat.ru/smertnost/> (дата обращения: 01.08.20).
20. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 372 с.
21. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. – 2001. – Т. 2. – С. 88–102.
22. Шамсутдинова Д.В. Профилактика и коррекция девиантного поведения подростков в сфере досуга как комплексная социально-педагогическая проблема. [Электронный ресурс] // Вестник ТГУ. – 2010. – № 12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korreksiya-deviantnogo-povedeniya-podrostkov-v-sfere-dosuga-kak-kompleksnaya-sotsialno-pedagogicheskaya-problema> (дата обращения 14.08.2020).
23. Armstrong L.L., Manion I.G. Meaningful youth engagement as a protective factor for youth suicidal ideation // Journal of Research on Adolescence. – 2015. – Vol. 25, N 1. – P. 20–27.
24. Bateman A., Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder // World psychiatry. – 2010. – Vol. 9, N 1. – P. 11.
25. Berman S.L., Weems C.F., Stickle T.R. Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development // Journal of Youth and Adolescence. – 2006. – Vol. 35, N 3. – P. 285–292.
26. Brassai L., Piko B.F., Steger M.F. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life // The Psychological Record. – 2012. – Vol. 62, N 4. – P. 719–734.
27. Bronk K.C., Finch W.H., Talib T.L. Purpose in life among high ability adolescents. High Ability Studies. – 2010. – Vol. 21, N 2. – P. 133–145.
28. Cotton S. [et al.] The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors // Journal of adolescent health. – 2005. – Vol. 36, N 6. – P. 529.
29. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2005. – Vol. 44, N2. – P. 113–120.
30. Esposito-Smythers C. [et al.] Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial // Journal of consulting and clinical psychology. – 2011. – Vol. 79, N 6. – P. 728.
31. Fitzgerald B. An existential view of adolescent development // Adoles-

cence. – 2005. – Vol. 40, N 160. – P. 793.

32. Gunderson J.G., Ridolfi M.E. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2001. – Vol. 932, № 1. – P. 61–77.

33. Guthrie E. [et al.] Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 37, N 5. – P. 532–536.

34. Henry K. L. [et al.] The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation // *Journal of youth and adolescence*. – 2014. – Vol. 43, N 2. – P. 221–232.

35. Hjerdal O. [et al.] The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents // *Clinical psychology & psychotherapy*. – 2011. – Vol. 18, N 4. – P. 314–321.

36. Ibrahim N. et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia // *BMC public health*. – 2019. – Vol. 19, N 4. – P. 553.

37. Karavalaki M., Shumaker D. An existential–integrative treatment of adolescent substance abuse // *The Humanistic Psychologist*. – 2016. – Vol. 44, N 4. – P. 381.

38. Kernberg O.F. [et al.] Transference focused psychotherapy: Overview and update // *The International Journal of Psychoanalysis*. – 2008. – Vol. 89, № 3. – P. 601–620.

39. Klein D.A., Miller A.L. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. – 2011. – N 20. – P. 205–216.

40. Klonsky E.D., May A.M. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2015. – Vol. 8. – N 2. – P. 114–129.

41. Lee B.W.H. Development of The Existential and Humanistic Life and Death Education Program (EHLDE) Manual for Adolescents: A Preliminary Evaluation and Revision Alliant International University, 2019. – P.265

42. Lin L., Shek D.T.L. The influence of meaning in life on adolescents' hedonic well-being and risk behaviour: Implications for social work // *The British Journal of Social Work*. – 2019. – Vol. 49, N 1. – P. 5–24.

43. Lybbert R., Ryland S., Bean R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress // *Children and Youth Services Review*. – 2019. – Vol. 100. – P. 98–104.

44. Nam M.H., Im Park U. The Effects of a Logotherapy Group Counseling Program on Life Purpose, Self-Esteem, and School Adjustment Among Middle School Students // *Korean Journal of Child Studies*. – 2017. – Vol. 38, N 1. – P. 5–15.

45. O'Connor R.C., Portzky G. Looking to the future: a synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – Vol. 9, N NOV. – P. 2139–2158.

46. Rey K. Existential therapy: Supporting youth through anxiety. – 2018. – P. 120.

47. Rogers J.R., Soyka K.M. «One size fits all»: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals // *Journal of*

Contemporary Psychotherapy. – 2004. – Vol. 34, N 1. – P. 7–22.

48. Rossouw T.L., Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2012. – Vol. 51, N 12. – P. 1304–1313.

49. Rotheram-Borus M.J. [et al.] Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1994. – Vol. 33, N 4. – P. 508–517.

50. Schneider K.J. (2008). Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice. New York, NY, US: Routledge / Taylor & Francis Group.

51. Shaffer D., Garland A., Vieland V. The Impact of Curriculum-based Suicide Prevention Programs for Teenagers // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1991. – Vol. 30, N 4. – P. 588–596.

52. Shumaker D. Core Existential Treatment Approaches with Adolescents // Existential-Integrative Approaches to Treating Adolescents. – Palgrave Macmillan, New York, 2017. – P. 93–126.

53. Spirito A. [et al.] Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2011. – Vol. 20, N 2. – P. 191–204.

54. Spokas M. [et al.] Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts // Journal of Affective Disorders. – 2012. – Vol. 136, N 3. – P. 1121–1125.

55. Testoni I. [et al.] Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students // Behavioral Sciences. – 2020. – Vol. 10, N 7. – P. 113.

56. Thir M., Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis // Logotherapy and Existential Analysis. – Springer, Cham, 2016. – P. 53–74.

57. Tomer A., Eliason G.T., Wong P.T.P. Existentialism and spiritual issues in death attitudes // N. J.: Erlbaum. – 2008. – 466 p.

58. Walker K.L. [et al.] Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability // International Journal of Mental Health and Addiction. – 2017. – Vol. 15, N 3. – P. 471–484.

Поступила 04.09.2020

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

Для цитирования. Григорьева А.А. Экзистенциальные основы превенции подростковой суицидальности // Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 97–114.

EXISTENTIAL BASES OF PREVENTION OF ADOLESCENT SUICIDALITY

Grigoryeva A.A.

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(Kropotkinsky per., 25, Moscow, Russia)

Grigoryeva Alexandrina Andreevna – PhD Psychol. Sci., Scientific Research Institute of Narcology, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky per., 25, Moscow, 119034, Russia), e-mail: alexandrina_gr@mail.ru.

Abstract. The article provides an overview of the ideas about the existential prerequisites of suicidal behavior in adolescents. The possibilities of applying an existential approach to the prevention of adolescent autoaggression are considered. The article presents data from empirical studies that reveal the relationship between suicidality and the main existential categories: anxiety, meaning, and loneliness. The author reveals the specifics of understanding each of these categories as a protective personal mechanism of adolescents. A model of the formation of existential anxiety in adolescence is described. The role of existential anxiety, feelings of meaninglessness of life and loneliness in the existential crisis of a teenager is noted. The main existential methodology that contributes to the formation of projective personal factors is presented.

Keywords: existential approach, suicidal behavior, adolescents, prevention, autoaggressive behavior

References

1. Barannikov A.S., Barannikova D.A. Sovremennyy ekzistencialnyj analiz kak sushhestvennoe dopolnenie k teorii i praktike vospitaniya [Modern existential analysis as a significant addition to the theory and practice of education]. *Ekzistencialnyj analiz* [Existential analysis]. 2009. N 1. Pp. 113–125. (In Russ.)
2. Bogurina A.V. Cennostno-smyslovoj aspekt koncepcii zhizni sovremennykh podrostkov [The value and meaning aspect of the concept of the life of modern adolescents]. URL: https://rep.polessu.by/bitstream/123456789/19395/1/Bogurina_A.V._Tsenostnosmysvoi_aspekt%20kontseptsii%20zhizni%20sovremennykh%20podrostkov.pdf. (In Russ.)
3. Grigoreva A.A. Osobennosti ekzistencialnykh perezhivaniy u podrostkov s autoagressivnym povedeniem [Features of existential experiences in adolescents with autoaggressive behavior]. *Psihologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical and critical reviews and modern research]. 2020. Vol. 9, N 1–1. Pp. 38–44. (In Russ.)
4. Grigoreva A.A. Personificirovannyj podhod v prevencii autoagressivnogo povedeniya podrostkov [Personified approach in the prevention of autoaggressive behavior of adolescents]. *Lichnost v menyayushhemsya mire: zdorove, adaptaciya, razvitiye: setevoy zhurnal* [Personality in a changing world: health, adaptation, development: network journal]. 2020. Vol. 8, N 2 (29). Pp. 149–159. URL: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=426>. doi: 10.23888/humJ20202149-159. (In Russ.)
5. Grigoreva A.A. Ekzistencialnye osnovy suicidalnogo i samopovrezhdayushhego povedeniya podrostkov [Existential foundations of suicidal and self-harming behavior of adolescents]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N

73 (78). Pp. 67–76. (In Russ.)

6. Zdorove podrostkov mira: vtoroi shans vo vtorom desyatiletii: doklad VOZ [World Adolescent Health: Second Chance in the Second Decade: WHO Report]. URL: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf. (In Russ.)

7. Karpunkina T.N. Psihologicheskie vektory bessmyslennosti i otchuzhdeniya v zhizni podrostkov [Psychological vectors of meaninglessness and alienation in the life of adolescents]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2015. N 57. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-vektory-bessmyslennosti-i-otchuzhdeniya-v-zhizni-podrostkov>. (In Russ.)

8. Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psihoterapii [Severe personality disorders: Strategies of psychotherapy]. Moskva. 2000. Vol. 464. P. 6. (In Russ.)

9. Kilborn B. Ischezayushhij neкто: Kerkegor, styd i Ya [The disappearing is someone: Kierkegaard, shame and I]. *Istoriya filosofii* [History of philosophy]. 2007. N 13. Pp. 198–220. (In Russ.)

10. Kirillina S.A. Socialno-psihologicheskij analiz determinanty perezhivaniy trevogi u podrostkov [Socio-psychological analysis of the determinant of anxiety experiences in adolescents]. *Nacionalnyj psihologicheskij zhurnal* [National psychological journal]. 2013. N 4 (12). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskij-analiz-determinanty-perezhivaniy-trevogi-u-podrostkov> (In Russ.)

11. Krivcova S.V. Vyzovy neopredelennosti i stanovlenie vnutrennej prochnosti lichnosti v processe ontogeneza (ekzistencialno-analiticheskij podhod) [Challenges of uncertainty and the formation of internal strength of the personality in the process of ontogenesis (existential-analytical approach)]. *Psihologicheskie issledovaniya: elektronnyj nauchnyj zhurnal* [Psychological research: electronic scientific journal]. 2015. Vol. 8, N 40. Pp. 8–18. (In Russ.)

12. Kuzubova V.O. Issledovanie ekzistencialnoj ispolnennosti u licz yunosheskogo i zrelogo vozrastov [Study of existential fulfillment in people of youthful and mature ages]. *Novaya nauka: Ot idei k rezultatu* [New science: From idea to result]. 2015. N 6–2. Pp. 173–177. (In Russ.)

13. Loktionova A. Stradanie detej ot nasiliya v seme i principy psihoterapev-ticheskoj pomoshhi [Suffering of children from domestic violence and the principles of psychotherapeutic care]. *Moskovskij psihoterapev-ticheskij zhurnal* [Moscow psychotherapeutic journal]. 2002. N 4. Pp. 90–105. (In Russ.)

14. Lengle A. Psihoterapiya depressivnyh rasstrojstv v sovremennom ekzistencialnom analize (principy i osnovnye napravleniya) [Psychotherapy of depressive disorders in modern existential analysis (principles and main directions)]. *Konsultativnaya psihologiya i psihoterapiya* [Advisory psychology and psychotherapy]. 2006. Vol. 2006, N 2. <https://psyjournals.ru/mpj/2006/n2/1557.shtml> (In Russ.)

15. Lengle A. Chto dvizhet chelovekom? Ekzistencialno-analiticheskaya teoriya emocij: per. s nem. [What drives man? Existential-analytical theory of emotions: per. with it]. Moskva. 2006. 235 p. (In Russ.)

16. Mej R. Chelovek v poiskax sebya [Man in search of himself]. Moskva. 2013. 224 p. (In Russ.)

17. Polozhij B.S. Suicidy sredi nesovershennoletnih (epidemiologicheskij

aspekt) [Suicide among minors (epidemiological aspect)]. *Suicidologiya* [Suicidology]. 2019. Vol. 10, N 1. Pp. 21–26. (In Russ.)

18. Prixozhan A.M. Trevoga u detej i podroستkov: psihologicheskaya priroda i vozrastnaya dinamika [Anxiety in Children and Adolescents: Psychological Nature and Age Dynamics]. Moskva-Voronezh. 2000. 304 p. (In Russ.)

19. Statistika smertnosti po dannym Rosstat [Mortality statistics according to Rosstat]. URL: <https://rosinfostat.ru/smernost/> (In Russ.)

20. Frankl V. Chelovek v poiskax smysla [Man in search of meaning]. Moskva. 1990. 372 p. (In Russ.)

21. Henzeler H. Vklad psihoanaliza v problemu suicida [The contribution of psychoanalysis to the problem of suicide]. *Enciklopediya glubinnnoj psihologii* [Encyclopedia of deep psychology]. 2001. Vol. 2. Pp. 88–102. (In Russ.)

22. Shamsutdinova D.V. Profilaktika i korrekciya deviantnogo povedeniya podroستkov v sfere dosuga kak kompleksnaya socialno-pedagogicheskaya problema [Prevention and correction of the deviant behavior of adolescents in the field of leisure as a comprehensive socio-pedagogical problem]. *Vestnik TGU* [Bulletin of TSU]. 2010. N 12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korrektsiya-deviantnogo-povedeniya-podroستkov-v-sfere-dosuga-kak-kompleksnaya-sotsialno-pedagogicheskaya-problema> (In Russ.)

23. Armstrong L.L., Manion I.G. Meaningful youth engagement as a protective factor for youth suicidal ideation. *Journal of Research on Adolescence*. 2015. Vol. 25, N 1. P. 20–27.

24. Bateman A., Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*. 2010. Vol. 9, N 1. Pp. 11.

25. Berman S.L., Weems C.F., Stickle T.R. Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006. Vol. 35, N 3. Pp. 285–292.

26. Brassai L., Piko B.F., Steger M.F. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life. *The Psychological Record*. 2012. Vol. 62, N 4. Pp. 719–734.

27. Bronk K.C., Finch W.H., Talib T.L. Purpose in life among high ability adolescents. *High Ability Studies*. 2010. Vol. 21, N 2. Pp. 133–145.

28. Cotton S. [et al.] The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of adolescent health*. 2005. Vol. 36, N 6. P. 529.

29. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005. Vol. 44, N 2. Pp. 113–120.

30. Esposito-Smythers C. [et al.] Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011. Vol. 79, N 6. P. 728.

31. Fitzgerald B. An existential view of adolescent development. *Adolescence*. 2005. Vol. 40, N 160. P. 793.

32. Gunderson J.G., Ridolfi M.E. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001. Vol. 932, N 1. Pp. 61–77.

33. Guthrie E. [et al.] Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 37, N 5. Pp. 532–536.
34. Henry K. L. [et al.] The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation. *Journal of youth and adolescence*. 2014. Vol. 43, N 2. Pp. 221–232.
35. Hjerdal O. [et al.] The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011. Vol. 18, N 4. Pp. 314–321.
36. Ibrahim N. et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC public health*. 2019. Vol. 19, N 4. P. 553.
37. Karavalaki M., Shumaker D. An existential–integrative treatment of adolescent substance abuse. *The Humanistic Psychologist*. 2016. Vol. 44, N 4. P. 381.
38. Kernberg O.F. [et al.] Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2008. Vol. 89, N 3. P. 601–620.
39. Klein D.A., Miller A.L. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011. N 20. Pp. 205–216.
40. Klonsky E.D., May A.M. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015. Vol. 8, N 2. Pp. 114–129.
41. Lee B.W.H. Development of The Existential and Humanistic Life and Death Education Program (EHLDE) Manual for Adolescents: A Preliminary Evaluation and Revision Alliant International University. 2019. P.265
42. Lin L., Shek D.T.L. The influence of meaning in life on adolescents' hedonic well-being and risk behaviour: Implications for social work. *The British Journal of Social Work*. 2019. Vol. 49, N 1. Pp. 5–24.
43. Lybbert R., Ryland S., Bean R. Existential interventions for adolescent suicidality: Practical interventions to target the root causes of adolescent distress. *Children and Youth Services Review*. 2019. Vol. 100. Pp. 98–104.
44. Nam M.H., Im Park U. The Effects of a Logotherapy Group Counseling Program on Life Purpose, Self-Esteem, and School Adjustment Among Middle School Students. *Korean Journal of Child Studies*. 2017. Vol. 38, N 1. Pp. 5–15.
45. O'Connor R.C., Portzky G. Looking to the future: a synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9, N NOV. Pp. 2139–2158.
46. Rey K. Existential therapy: Supporting youth through anxiety. 2018. P.120
47. Rogers J.R., Soyka K.M. «One size fits all»: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2004. Vol. 34, N 1. Pp. 7–22.
48. Rossouw T.I., Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2012. Vol. 51, N 12. Pp. 1304–1313.
49. Rotheram-Borus M.J. [et al.] Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of the American Academy of*

Child & Adolescent Psychiatry. 1994. Vol. 33, N 4. Pp. 508–517.

50. Schneider K.J. (2008). Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice. New York, NY, US: Routledge / Taylor & Francis Group.

51. Shaffer D., Garland A., Vieland V. The Impact of Curriculum-based Suicide Prevention Programs for Teenagers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1991. Vol. 30, N 4. P. 588–596.

52. Shumaker D. Core Existential Treatment Approaches with Adolescents. *Existential-Integrative Approaches to Treating Adolescents*. Palgrave Macmillan. New York, 2017. Pp. 93–126.

53. Spirito A. [et al.] Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2011. Vol. 20, N 2. Pp. 191–204.

54. Spokas M. [et al.] Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*. 2012. Vol. 136, N 3. Pp. 1121–1125.

55. Testoni I. [et al.] Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students. *Behavioral Sciences*. 2020. Vol. 10, N 7. P. 113.

56. Thir M., Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. *Logotherapy and Existential Analysis*. Springer, Cham, 2016. Pp. 53–74.

57. Tomer A., Eliason G.T., Wong P.T.P. Existentialism and spiritual issues in death attitudes. N. J.: Erlbaum. 2008. 466 p.

58. Walker K.L. [et al.] Non-suicidal self-injury and suicidal behavior in a diverse sample: The moderating role of social problem-solving ability. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2017. Vol. 15, N 3. Pp. 471–484.

Received 04.09.2020

For citing. Grigoryeva A.A. Ekzistencialnye osnovy prevencii podrostkovoj suicidalnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 75. P. 97–114. **(In Russ.)**

Grigoryeva A.A. Existential bases of prevention of adolescent suicidality. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. P. 97–114.

ВЛИЯНИЕ ОТДЫХА В РЕЧНОМ КРУИЗЕ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);
² Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2).

Для оценки эффективности влияния различных видов летнего отдыха на функциональное состояние организма школьников с 2017 по 2020 г. было обследовано 286 подростков в возрасте от 9 до 16 лет. Обследования с помощью оценки показателей гемодинамики, нейродинамических свойств центральной нервной системы и актуального психического состояния проводились 2 раза: перед отдыхом и после отдыха. Полученные результаты свидетельствуют, что у подростков обеих возрастных групп, как у мальчиков, так и у девочек, отдохавших в речном круизе, в отличие от детей, отдохавших в низких широтах и домашнем регионе, уменьшилось напряжение функциональной системы кровообращения, увеличились функциональные резервы организма, адаптационный потенциал, подвижность нервных процессов и улучшилось актуальное психическое состояние. В то же время, школьники, отдохавшие на курортах низких широт, характеризовались увеличением напряжения функциональной системы кровообращения, снижением подвижности нервных процессов, самочувствия, активности, настроения и повышением уровня тревожности. Таким образом, для восстановления функционального состояния организма и повышения адаптационного потенциала и умственной работоспособности детей школьного возраста, наиболее эффективным оказался отдых в речном круизе.

Ключевые слова: подростки, летний отдых, климатическая адаптация, функциональное состояние организма, сердечно-сосудистая система, умственная работоспособность, актуальное психическое состояние.

Введение

Школьный период в жизни ребенка является наиболее сложным ввиду повышения активности процессов физиологического созревания и психологического становления личности. Течение этого периода осложняет

✉ Пятибрат Елена Дмитриевна – д-р мед. наук, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: e5brat@yandex.ru;

Пятибрат Александр Олегович – д-р мед. наук доцент, С.-Петер. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул., Литовская, д. 2), e-mail: a5brat@yandex.ru.

влияние психофизиологического развития на социальную адаптацию ребенка. Нарушения регуляции функциональных систем организма и повышение эмоциональности приводят к существенному снижению устойчивости к различного рода стрессорам [1]. Напряжение физиологических систем организма, обусловленное изменением уровней нейрогуморальной регуляции в процессе полового созревания, осложняется влиянием школьной жизни, включающей учебные нагрузки, социальное взаимодействие со сверстниками и дополнительное образование [11]. Способствующие кризису образовательной системы рыночное мировоззрение, превалирование западных культурных ценностей, оторванность от национального духовного наследия приводят к осложнению социальной адаптации в коллективе. Усложняющееся представление информации, некорректно реализуемые и постоянно меняющиеся образовательные программы вызывают повышение стрессовых факторов, влияющих на эмоциональное состояние детей [4]. Учитывая прокатившуюся по стране волну подростковых суицидов, проблема нервно-эмоционального напряжения подростков является острой и злободневной [10, 12]. В связи с этим летний отдых детей школьного возраста – время, за которое необходимо снять эмоциональное напряжение, восстановить силы и здоровье до начала следующего учебного года, – принимает особую актуальность.

В соответствии с Федеральными законами 124-ФЗ и 336-ФЗ организация отдыха и оздоровление детей реализуется на основании большого многообразия программ федерального и муниципального уровней, а также и самими родителями [3]. Тем не менее у всех видов представляемого детского отдыха есть свои недостатки и достоинства. Например, резкая смена климатического пояса при перелете в низкие широты из зоны средних и высоких широт приводит к дополнительному напряжению функциональных резервов организма ребенка на длительное время. В то же время, отдых в домашнем регионе не дает разнообразия восприятия, которое происходит при смене обстановки. Этих недостатков лишены круизы по рекам нашей страны [2, 6].

Наиболее эффективным методом первичной и вторичной профилактики представляется речной круиз, так как он объединяет в себе ландшафто- и климатотерапию, а также длительное нахождение на свежем воздухе при умеренных физических нагрузках [8]. Воздействие природной красоты, шума реки, озера – так называемая ландшафтотерапия – оказывает существенное положительное влияние на нормализацию функционального состояния организма. Речной круиз в пределах Восточно-европейской рав-

нины отличает последовательная и медленная перемена климатических и ландшафтных зон при комфортной температуре воздушной среды, что оказывает положительное влияние на организм [3].

Важным моментом для эмоциональной разгрузки детей является патриотическая направленность экскурсий, значительно расширяющих кругозор и вызывающих чувство гордости за наших достойных предков, создавших шедевры поистине мирового масштаба. Это дает значимые мотивационные установки для ребенка на получение образования не только в целях повышения личных материальных условий жизни, но и на благо Родины, что, безусловно, положительно сказывается на связи поколений [8].

В связи с этим исследование, направленное на обоснование эффективности влияния речных круизов на нормализацию функционального состояния организма и повышение умственной работоспособности школьников, является актуальным.

Материалы и методы

Для оценки влияния речных круизов на нормализацию функционального состояния организма школьников с 2017 по 2020 г. были обследованы 286 школьников (145 мальчиков и 141 девочка) в возрасте от 9 до 16 лет, проживающих постоянно в Санкт-Петербурге. Дети были разделены по 2 возрастным группам: от 9 до 12 лет и от 13 до 16 лет – и в зависимости от места летнего отдыха в речном круизе, в домашнем регионе и на южном морском побережье низких широт (табл. 1). Речные круизы предоставлялись ООО «ВодоходЪ».

Таблица 1

Объем исследований

Вид отдыха	Круиз, n = 96		Домашний регион, n = 97		Низкие широты, n = 93		Всего, n = 286		
	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-16
Возрастная группа									
Мальчики	24	27	22	25	21	26	67	78	145
Девочки	23	22	24	26	22	24	69	72	141
Итого	47	49	46	51	43	50	136	150	286

Для оценки функционального состояния организма, умственной работоспособности и актуального психического состояния использовали комплексное исследование, которое проводили с 12⁰⁰ до 13⁴⁵ ч в присутст-

вии родителей при наличии представленных в письменной форме информированных согласий родителей. Обследование детей проводилось во время летних каникул с 15 июля по 30 августа, отдых в круизе и в низких широтах длился от 10 до 15 суток. Для детей, отдохнувших в домашнем регионе, повторную оценку также проводили через 15 суток после первого обследования. Второе обследование детей, отдохнувших в речном круизе, проводилось в последний день на теплоходе. Перед первым обследованием для формирования положительной установки объясняли его смысл и значение. Подбор методик проводился таким образом, чтобы от испытуемых не требовалось значительного напряжения психических функций и длительного времени. Для детей, отдохнувших в домашнем регионе и низких широтах, второе обследование родители проводили самостоятельно, результаты представляли в письменном виде по электронной почте, обследование также проходило с 12⁰⁰ до 13⁴⁵ ч. Для исключения влияния авиаперелета на показатели второго обследования детей, отдохнувших в условиях низких широт, обследовали на 3 сутки после возвращения в домашний регион.

Обследование выполняли индивидуально на основании «Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования», утвержденного приказом Минобрнауки России от 16.06.2014 г. № 658, «Методических рекомендаций по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования» (письмо Министерства образования России от 27.06.2003 г. № 28-51-513/16) и этического кодекса педагога-психолога службы практической психологии образования России, принятого на Всероссийском съезде практических психологов образования в мае 2003 г. в г. Москве [7].

Критериями исключения являлись: патология систем кровообращения и дыхания, тяжелые хронические заболевания, болезни системы крови, аутоиммунные заболевания, психиатрическая и неврологическая патология, онкологические болезни, а также из исследования исключались часто болеющие дети (ЧБД).

Оценивали антропометрические показатели: массу тела (МТ) и рост (Р). Для оценки функционального состояния системы кровообращения измеряли частоту пульса (ЧП) в проекции лучевой артерии пальпаторно. Артериальное давление (АД) измеряли по методу Н.С. Короткова с помощью

электронного тонометра. Для оценки состояния адаптационных механизмов системы кровообращения рассчитывали величину индекса функциональных изменений (ИФИ), который показывает степень адаптированности, функциональные резервы, а также позволяет прогнозировать состояние здоровья. ИФИ рассчитывали по формуле: $ИФИ = 0,011ЧП + 0,014САД + 0,008ДАД + 0,014В + 0,009МТ - 0,009Р - 0,27$, где ЧП – частота пульса, уд./мин; САД – систолическое артериальное давление, мм рт. ст.; ДАД – диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.; В – возраст, лет; МТ – масса тела, кг; Р – рост, см; 0,27 – независимый коэффициент.

Для определения умственной работоспособности школьников оценивали нейродинамические свойства центральной нервной системы [9] с помощью приложений для смартфона. Для валидации методик было проанализировано более 150 приложений, отобраны наиболее соответствующие оригиналам.

Латентные периоды простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) проводили с помощью приложения для смартфона (Reaction Time Test, Tampa FL, United States of America)

Корректирующую пробу с кольцами Ландольта (КП) проводили с помощью приложения для смартфона «Корректирующая проба. Тренажер». Скорость переработки информации S (бит/с) определяли по формуле: $S = (0,54 \times Q_t - 2,8 \times N_t) / 600$ – показатель скорости переработки информации, где Q_t – общее количество просмотренных за 10 минут колец; N_t – число пропущенных и неправильно зачеркнутых за 10 минут колец; 600 секунд – время выполнения теста; 0,54 – средняя величина информации каждого кольца; 2,8 – величина потери информации, приходящаяся на одно кольцо.

Концентрацию внимания определяли с помощью таблицы Шульте, представленную приложением для смартфона «Концентрация внимания», рассчитывали показатели эффективность работы (ЭР) и психическая устойчивость (ПУ) (по методу А.Ю. Козыревой): $ЭР = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5$; $ПУ = T_4 / ЭР$, (где T_i – время работы с i -той таблицей).

Для оценки актуального психического состояния бланковым методом проводили определение уровня тревожности по методу Спилбергер–Ханина и тест «Самочувствие, активность, настроение» (САН).

Статистический анализ данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. Отдельные группы предварительно сравнивали с помощью непараметрического теста Крускала–Уоллиса, а затем значимость различий уточняли с помощью теста Манна–Уитни. В случаях нормальности

распределения данных использовали t-критерий Стьюдента для независимых групп [5].

Результаты собственных исследований

Анализ антропометрических показателей обследуемых детей свидетельствует об отсутствии достоверных различий между возрастными группами как мальчиков, так и девочек. Показатели соответствуют средним значениям для представленных возрастных групп (табл. 2).

Таблица 2
Показатели антропометрических данных обследуемых подростков, $M \pm \sigma$

Вид отдыха	Круиз		Домашний регион		Низкие широты	
	9–12	13–16	9–12	13–16	9–12	13–16
Мальчики						
Возраст, лет	10,7 ± 1,2	14,3 ± 0,9	10,4 ± 1,3	14,6 ± 1,1	10,2 ± 1,3	14,5 ± 1,1
Масса тела, кг	44,3 ± 3,1	63,8 ± 3,5	45,2 ± 3,4	64,5 ± 3,4	43,7 ± 2,7	65,1 ± 3,2
Рост, см	146,5 ± 6,1	163,8 ± 5,2	145,2 ± 4,8	164,5 ± 5,3	144,8 ± 6,4	166,4 ± 7,2
Девочки						
Возраст, лет	10,7 ± 1,2	14,3 ± 0,9	10,4 ± 1,3	14,6 ± 1,1	10,2 ± 1,3	14,5 ± 1,1
Масса тела, кг	49,4 ± 3,9	63,4 ± 4,3	51,2 ± 3,5	59,8 ± 3,7	52,3 ± 3,8	64,4 ± 3,3
Рост, см	151,3 ± 4,2	162,4 ± 5,6	149,7 ± 4,8	161,5 ± 5,5	150,5 ± 3,2	163,3 ± 5,6

Перед летним отдыхом по показателям центральной гемодинамики достоверных различий между группами не выявлено (табл. 3). Интерпретируемый по значениям индекса функциональных изменений адаптационный потенциал всех наблюдаемых подростков соответствовал состоянию функционального напряжения, что характерно для обеспечения функциональных возможностей за счет функциональных резервов организма. После отдыха в группах подростков, отдохнувших в низких широтах, выявлено достоверное повышение показателей ЧСС, САД и ДАД. В то время как в группах, отдохнувших в речном круизе и домашнем регионе, эти показатели достоверно снизились, но при этом в группах подростков, отдохнувших в круизе, эти показатели, были достоверно ниже, чем у подростков, отдохнувших в домашнем регионе. Показатели гемодинамики у подростков, отдохнувших в низких широтах, наоборот, достоверно повысились относительно фонового периода.

Таблица 3
Показатели функционального состояния системы кровообращения подростков в наблюдаемых группах, М ± m

Показатель	До отдыха				После отдыха						
	Круиз		Домашний регион		Круиз		Домашний регион		Низкие широты		
	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16			
Вид отдыха	Низкие широты										
Возраст, лет	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	
Мальчики											
ЧП, уд./мин	79,82 ± 0,31	77,14 ± 0,23	78,92 ± 0,31	77,21 ± 0,43	79,19 ± 0,35	76,92 ± 0,69	75,63 ± 0,24*	77,94 ± 0,28**	76,36 ± 0,26**	83,26 ± 0,42**	81,74 ± 0,36**
САД, мм рт. ст.	114,32 ± 0,19	118,83 ± 0,21	113,92 ± 0,35	118,14 ± 0,41	114,18 ± 0,25	117,38 ± 0,34	110,19 ± 0,26*	114,56 ± 0,34*	116,27 ± 0,37**	116,32 ± 0,34**	118,96 ± 0,25**
ДАД, мм рт. ст.	66,42 ± 0,21	72,34 ± 0,23	65,94 ± 0,27	72,18 ± 0,26	66,17 ± 0,31	72,32 ± 0,31	62,56 ± 0,29*	69,41 ± 0,33*	70,24 ± 0,17**	68,44 ± 0,25**	75,46 ± 0,28**
ИФИ, усл. ед.	2,44 ± 0,02	2,57 ± 0,04	2,45 ± 0,03	2,51 ± 0,05	2,43 ± 0,04	2,59 ± 0,02	1,79 ± 0,03*	1,87 ± 0,02*	2,04 ± 0,04**	2,73 ± 0,04**	2,84 ± 0,03**
Девочки											
ЧП	81,46 ± 0,29	79,23 ± 0,25	80,52 ± 0,34	79,32 ± 0,38	81,52 ± 0,33	78,89 ± 0,41	76,36 ± 0,29*	75,34 ± 0,31*	78,45 ± 0,35**	84,43 ± 0,32**	82,62 ± 0,46**
САД	116,41 ± 0,27	120,11 ± 0,23	116,18 ± 0,32	119,87 ± 0,37	116,24 ± 0,19	120,24 ± 0,28	112,32 ± 0,31*	115,37 ± 0,27	114,52 ± 0,24**	118,46 ± 0,38**	121,16 ± 0,31**
ДАД	68,37 ± 0,28	74,41 ± 0,25	68,24 ± 0,29	74,29 ± 0,31	68,32 ± 0,24	74,26 ± 0,27	62,43 ± 0,27*	65,54 ± 0,35*	64,53 ± 0,41**	72,37 ± 0,25**	79,18 ± 0,32**
ИФИ усл. ед.	2,53 ± 0,01	2,61 ± 0,03	2,49 ± 0,01	2,53 ± 0,02	2,46 ± 0,03	2,61 ± 0,03	1,82 ± 0,02*	1,92 ± 0,03*	1,98 ± 0,03**	2,79 ± 0,03**	2,94 ± 0,02**

Примечание: здесь и в табл. 4 и 5 * – различия в аналогичной группе относительно фонового периода при $p < 0,01$;

– различия относительно группы, отдыхавшей в речных круизах, при $p < 0,01$

Различия в показателях гемодинамики между половозрастными группами объясняются тем, что уровень артериального давления с возрастом повышается, варьируя по скорости изменения в различных возрастных периодах, при этом для девочек характерны более ранние изменения гемодинамики, так как они раньше вступают в пубертатный период.

Используемые в качестве критерия адаптационных возможностей организма показатели индекса функциональных изменений (ИФИ), демонстрирующие количественную интегральную характеристику функционального состояния организма, свидетельствует, что отдых в речном круизе положительно влияет на увеличение адаптационного потенциала и функциональных резервов организма. В то же время, снижение адаптационных возможностей у подростков после отдыха в высоких широтах свидетельствует о повышенной чувствительности и незрелости защитно-приспособительных механизмов в подростковом возрасте, что приводит к напряжению физиологических систем кровообращения и дыхания при резкой смене климатической зоны.

Показатели нейродинамических свойств центральной нервной системы представлены в таблице 4. В фоновом периоде достоверных различий в половозрастных группах не выявлено. При оценке результатов корректурной пробы после легкого отдыха наблюдалось достоверное увеличение показателей скорости переработки информации у подростков, отдохнувших в речном круизе и домашнем регионе, как среди девочек, так и мальчиков. У них также отмечается увеличение подвижности нервных процессов по показателям ПЗМР, о чем свидетельствует достоверное снижение латентных периодов. Анализ результатов, полученных при выполнении таблиц Шульте, свидетельствует об увеличении эффективности работы и психической устойчивости у детей после отдыха в средних широтах и в речном круизе. Эти изменения демонстрируют снижение уровня утомления, что способствует повышению внимания и концентрации у подростков после отдыха в речном круизе. Стоит отметить, что в группах подростков, отдохнувших в круизе, подвижность нервных процессов по интерпретации показателей нейродинамических свойств центральной нервной системы определялась достоверно более эффективной, чем у подростков, отдохнувших в домашнем регионе. В то же время, у подростков, отдохнувших в низких широтах, показатели нейродинамических свойств центральной нервной системы демонстрировали снижение подвижности нервных процессов по всем методикам, что также свидетельствует о напряжении функциональных систем организма.

Анализ актуального психического состояния (табл. 5) по результатам, полученным с помощью методик САН и Спилбергера–Ханина, свидетельствует, что в фоновом периоде в половозрастных группах обследуемых подростков достоверных отличий не было выявлено. После отдыха в обеих возрастных группах подростков, отдохавших в речном круизе и в домашнем регионе, отмечалось существенное улучшение активности, самочувствия и настроения, а также снижение уровня ситуационной тревожности. В обеих возрастных группах как мальчиков, так и девочек, отдохавших в низких широтах, наоборот, отмечалось снижение самочувствия, активности и настроения, а также повышения уровня ситуационной тревожности относительно фонового периода.

Показатели нейродинамических свойств центральной нервной системы у подростков, в наблюдаемых группах, $M \pm m$

Таблица 4

Показатель	До отдыха				После отдыха							
	Круиз	Домашний регион	Низкие широты	Круиз	Домашний регион	Низкие широты	Круиз	Домашний регион	Низкие широты			
Вид отдыха	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16		
Возрастная группа	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16		
Мальчики												
ЛП ПЗМР, мс	224,5 ± 1,4	212,5 ± 2,3	223,8 ± 1,1	211,9 ± 1,8	225,1 ± 1,3	212,5 ± 1,3	184,3 ± 1,2*	171,3 ± 1,3*	192,3 ± 1,2**	184,3 ± 1,5**	232,7 ± 1,4**	225,6 ± 1,8**
	Q, бит/с, (КП)	1,72 ± 0,11	1,79 ± 0,14	1,71 ± 0,12	1,78 ± 0,14	1,72 ± 0,13	1,77 ± 0,09	1,87 ± 0,14*	1,92 ± 0,12*	1,79 ± 0,13**	1,86 ± 0,21**	1,47 ± 0,19**
ЭР Таб. Шульце, ПУ	41,82 ± 0,11	44,24 ± 0,09	42,45 ± 0,15	43,93 ± 0,12	42,16 ± 0,14	44,54 ± 0,12	35,32 ± 0,21*	30,43 ± 0,11*	38,25 ± 0,15**	34,57 ± 0,12**	54,63 ± 0,14**	48,58 ± 0,16**
	0,82 ± 0,04	1,09 ± 0,01	0,78 ± 0,03	0,91 ± 0,01	0,79 ± 0,02	0,84 ± 0,01	0,53 ± 0,03*	0,74 ± 0,02*	0,62 ± 0,02**	0,81 ± 0,01**	1,32 ± 0,03**	1,27 ± 0,01**
Девочки												
ЛП ПЗМР, мс	221,4 ± 1,4	210,6 ± 1,2	211,5 ± 1,3	209,8 ± 1,4	220,9 ± 1,4	212,5 ± 1,3	181,5 ± 1,4*	169,3 ± 1,6*	189,3 ± 1,2**	181,3 ± 1,5**	229,7 ± 1,3**	227,6 ± 1,5**
	Q, бит/с, (КП)	1,75 ± 0,12	1,82 ± 0,11	1,75 ± 0,15	1,82 ± 0,13	1,76 ± 0,15	1,81 ± 0,11	1,89 ± 0,13*	1,94 ± 0,15*	1,79 ± 0,14**	1,84 ± 0,12**	1,52 ± 0,11**
ЭР Таб. Шульце, ПУ	43,93 ± 0,13	46,18 ± 0,12	44,52 ± 0,12	46,89 ± 0,14	44,11 ± 0,13	46,45 ± 0,16	37,282 ± 0,14*	32,39 ± 0,11*	41,13 ± 0,12**	38,14 ± 0,13**	56,13 ± 0,15**	51,34 ± 0,12**
	0,84 ± 0,03	1,11 ± 0,02	0,82 ± 0,03	0,98 ± 0,01	0,81 ± 0,04	0,89 ± 0,01	0,61 ± 0,02*	0,76 ± 0,02*	0,73 ± 0,02**	0,86 ± 0,03**	1,38 ± 0,01**	1,32 ± 0,02**

Таблица 5

Показатели актуального психического состояния у подростков, в наблюдаемых группах, М ± m

Показатель	До отдыха						После отдыха					
	Круиз		Домашний регион		Низкие широты		Круиз		Домашний регион		Низкие широты	
	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16
Возраст, лет	Мальчики											
Самочувствие	4,56 ± 0,05	4,42 ± 0,13	4,55 ± 0,09	4,41 ± 0,04	4,57 ± 0,07	4,39 ± 0,11	6,72 ± 0,09**	6,38 ± 0,12**	5,46 ± 0,09	5,84 ± 0,06	4,12 ± 0,04**	4,17 ± 0,07**
Активность	3,72 ± 0,03	3,56 ± 0,05	3,74 ± 0,07	3,30 ± 0,08	3,57 ± 0,05	3,73 ± 0,09	6,64 ± 0,12**	6,59 ± 0,06**	4,42 ± 0,07	4,56 ± 0,12	3,82 ± 0,09**	3,94 ± 0,12**
Настроение	4,82 ± 0,08	4,96 ± 0,04	4,81 ± 0,03	4,92 ± 0,05	4,79 ± 0,03	4,91 ± 0,05	6,74 ± 0,23**	6,82 ± 0,26**	4,76 ± 0,18	4,83 ± 0,14	4,32 ± 0,04**	4,28 ± 0,06**
Реактивная тревожность	63,6 ± 0,8	67,5 ± 0,4	63,9 ± 0,5	67,2 ± 0,4	64,2 ± 0,6	66,8 ± 0,7	44,6 ± 0,2**	46,5 ± 0,4**	53,4 ± 0,5**	56,2 ± 0,6**	72,3 ± 0,8**	74,7 ± 0,5**
Девочки												
Самочувствие	4,12 ± 0,06	4,24 ± 0,08	4,14 ± 0,06	4,26 ± 0,05	4,17 ± 0,06	4,25 ± 0,09	6,83 ± 0,07**	6,54 ± 0,04**	5,23 ± 0,04	5,36 ± 0,07	4,07 ± 0,04**	4,12 ± 0,05**
Активность	4,16 ± 0,05	4,25 ± 0,05	4,18 ± 0,06	4,31 ± 0,06	4,15 ± 0,05	4,29 ± 0,09	6,41 ± 0,03**	6,52 ± 0,04**	4,54 ± 0,05	4,73 ± 0,07	4,12 ± 0,04**	4,18 ± 0,08**
Настроение	4,19 ± 0,05	4,26 ± 0,02	4,21 ± 0,03	4,32 ± 0,07	4,249 ± 0,05	4,36 ± 0,04	6,35 ± 0,11**	6,41 ± 0,08**	4,45 ± 0,05	4,71 ± 0,08	4,07 ± 0,03**	4,13 ± 0,04**
Реактивная тревожность	68,4 ± 0,6	63,9 ± 0,7	67,9 ± 0,5	64,2 ± 0,3	69,1 ± 0,4	65,4 ± 0,5	42,8 ± 0,4**	45,6 ± 0,3**	56,2 ± 0,3**	59,5 ± 0,4**	76,8 ± 0,4**	78,2 ± 0,3**

Заключение

Школьники, которые отдыхали в речном круизе, в отличие от школьников, отдохавших в низких широтах и домашнем регионе, характеризовались стойким снижением напряжения функциональной системы кровообращения, увеличением физиологических резервов организма, подвижности нервных процессов, нормализацией актуального психического состояния и снижением уровня тревожности.

Обращает на себя внимание напряжение физиологической системы кровообращения у детей, отдохавших в низких широтах. Забегая несколько вперед к результатам наших дальнейших исследований, можно сказать, что через 2-3 недели функциональное состояние организма этих детей полностью восстанавливается, снижается напряжение функциональных систем организма и значительно повышаются адаптационный потенциал и физиологические резервы организма. Тем не менее мы настоятельно рекомендуем родителям перед перелетом в низкие широты проконсультироваться с врачом. Это связано с тем, что у детей с нераспознанными заболеваниями и функциональными нарушениями существует большой риск срыва механизма адаптации при резком перемещении в климатические условия низких широт и реадaptации после поездки в домашнем регионе. Этим недостатком лишены речные круизы даже в направлении низких широт за счет медленной и постепенной смены климатических поясов.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности речных круизов для нормализации функционального состояния организма подростков в период летних каникул.

Литература

1. Акарачкова Е.С., Блинов Д.В., Котова О.В. [и др.] Стресс у детей: как активировать адаптационные резервы у ребенка // РМЖ. – 2018. – Т. 26, № 9. – С. 45–51.
2. Афанасьева Е.В., Мустафина И.З., Звездина И.В. [и др.] Комплексная оценка адаптации детей к условиям летнего отдыха // Российский педиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 28–32.
3. Мартынова А.А., Петрашова Д.А., Белишева Н.К. Адаптационные особенности детского организма на летнем отдыхе // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2013. – Т. 15, № 3–6. – С. 1868–1870.
4. Мартынова, А. С. Оценка функционального состояния школьников и студентов при разных видах учебной нагрузки // Молодой ученый. – 2019. – № 49 (287). – С. 557–562.
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 388 с.

6. Панкова Н.Б., Мустафина И.З., Афанасьева Е.В. [и др.] Функциональная перестройка кардиореспираторной системы, психомоторной координации и психоэмоционального состояния у подростков во время летнего отдыха // Российский педиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 8–15.

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [Электронный источник] / <https://base.garant.ru/71748018/> (дата обращения 03.08.2020).

8. Пятибрат Е.Д. Обоснование эффективности организованного летнего отдыха в разных климато-географических условиях в нормализации функционального состояния организма ветеранов экстремальных видов деятельности // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2018. – № 4. – С. 34–39. DOI 10.25016/2541-7487-2018-0-4-34-39.

9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. – Самара : Бахрах-М. – 2011. – 667 с.

10. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 3 (16). – С. 33–40.

11. Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // Dialogues Cli. Neurosci. – 2009. – Vol. 11, № 1. – P. 7–20.

12. O’Connell K.L. Child and adolescent suicide // J. Child. Adolesc. Psychiatr Nurs. – 2012. – Vol. 25, № 3. – P. 111–112.

Поступила 21.08.2020

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

Для цитирования. Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Влияние отдыха в речном круизе на умственную работоспособность школьников // Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 115–129.

IMPACT OF RECREATION IN RIVER CRUISE ON MENTAL PERFORMANCE OF SCHOOLCHILDREN

Pyatibrat E.D.¹, Pyatibrat A.O.²

¹ Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

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

✉ Elena Dmitriyevna Pyatibrat – Dr. Med., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: e5brat@yandex.ru;

Aleksandr Olegovich Pyatibrat – Dr. Med. Sci, associate professor, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, Sankt-Peterburg, 194100, Russia), e-mail: a5brat@yandex.ru.

Abstract. To assess the effectiveness of the impact of various types of summer recreation on the functional state of the body of schoolchildren, from 2017 to 2020, 286 adolescents aged 9 to 16 years were examined. Examinations using the assessment of hemodynamic parameters, neurodynamic properties of the Central nervous system and current mental state were performed 2 times: before rest and after rest. The results suggest that adolescents in both age groups, both boys and girls resting in a river cruise unlike children, who rested in low latitudes and coastal regions, decreased tension of the functional circulatory system, increased functional reserves, adaptive capacity, mobility of nervous processes, and improve current mental state. At the same time, students who rested at low-latitude resorts were characterized by an increase in the tension of the functional circulatory system, a decrease in the mobility of nervous processes, well-being, activity, mood, and an increase in the level of anxiety. Thus, to restore the functional state of the body and increase the adaptive potential and mental performance of school-age children, the most effective holiday was a river cruise.

Keyword. Teenagers, summer holidays, climate adaptation, functional state of the body, cardiovascular system, mental performance, current mental state.

References

1. Akarachkova E.S., Blinov D.V., Kotova O.V. [et al.] Stress u detej: kak aktivirovat adaptacionnye rezervy u rebenka [Stress in children: how to activate adaptive reserves in a child]. RMJ. 2018. Vol. 26, N 9. Pp. 45–51. (In Russ.)
2. Afanaseva E.V., Mustafina I.Z., Zvezdina I.V. [et al.] Kompleksnaya ocenka adaptacii detej k usloviyam letnego otdyha [Comprehensive assessment of childrens adaptation to the conditions of summer recreation]. *Rossijskij pediatricheskij zhurnal* [Russian pediatric journal]. 2004. N 5. Pp. 28–32. (In Russ.)
3. Martynova A.A., Petrashova D.A., Belisheva N.K. Adaptacionnye osobennosti detskogo organizma na letnem otdyhe [Adaptive features of the childs body on summer vacation]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk* [Proceedings of the Samara scientific center of the Russian Academy of Sciences]. 2013. Vol. 15, N 3–6. Pp. 1868–1870. (In Russ.)
4. Martynova A.S. Ocenka funkcionalnogo sostoyaniya shkolnikov i studentov pri raznyh vidah uchebnoj nagruzki [Assessment of the functional state of schoolchildren and students in different types of educational load] // *Molodoj uchenyj* [Young scientist] 2019. № 49 (287). Pp. 557–562. (In Russ.)
5. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya dannyh [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation]. Sankt-Peterburg. 2004. 388 p. (In Russ.)
6. Pankova N.B., Mustafina I.Z., Afanaseva E.V. [et al.] Funkcionalnaya perestrojka kardiorespiratornoj sistemy, psihomotornoj koordinacii i psihoemocionalnogo

sostoyaniya u podrostkov vo vremya letnego otdyha [Functional restructuring of the cardiorespiratory system, psychomotor coordination and psychoemotional state in adolescents during summer recreation]. *Rossijskij pediatricheskij zhurnal* [Russian pediatric journal]. 2006. N 2. Pp. 8–15. (In Russ.)

7. Prikaz Ministerstva zdavooxraneniya Rossijskoj Federacii ot 10 avgusta 2017 g. № 514n «O Poryadke provedeniya profilakticheskix medicinskix osmotrov nesovershennoletnix» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 10, 2017 N 514n «On the Procedure for Conducting Preventive Medical Examinations of Minors»]. <https://base.garant.ru/71748018/> (03.08.2020). (In Russ.)

8. Pyatibrat E.D. Obosnovanie effektivnosti organizovannogo letnego otdyha v raznykh klimato-geograficheskikh usloviyakh v normalizacii funkcional'nogo sostoyaniya organizma veteranov ekstremal'nykh vidov deyatel'nosti [Justification of the effectiveness of organized summer recreation in different climatic and geographical conditions in the normalization of the functional state of the body of veterans of extreme activities]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2018. N 4. Pp. 34–39. DOI 10.25016/2541-7487-2018-0-4-34-39 (In Russ.)

9. Rajgorodskij D.YA. Prakticheskaya psihodiagnostika: metodiki i testy. [Practical psychodiagnostics: methods and tests]. Samara. 2011. 667 p. (In Russ.)

10. Rozanov V.A., Rahimkulova A.S., Uhanova A.I. Oshchushchenie bessmyslennosti sushchestvovaniya u podrostkov – svyaz s suicidalnymi proyavleniyami i psicheskim zdorov'em [The Feeling of meaninglessness of existence in adolescents-the connection with suicidal manifestations and mental health]. *Suicidologiya* [Suicidology]. 2014. Vol. 5, N 3 (16). Pp. 33–40. (In Russ.)

11. Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Cli. Neurosci.* 2009. Vol. 11, N 1. Pp. 7–20.

12. O'Connell K.L. Child and adolescent suicide. *J. Child. Adolesc. Psychiatr Nurs.* 2012. Vol. 25, N 3. Pp. 111–112.

Received 21.08.2020

For citing. Pyatibrat E.D., Pyatibrat A.O. Vliyanie otdyha v rechnom kruize na umstvennuyu rabotosposobnost shkolnikov. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 75. Pp. 115–129. (In Russ.)

Pyatibrat E.D., Pyatibrat A.O. Impact of recreation in river cruise on mental performance of schoolchildren. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 75. Pp. 115–129.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Национальный исследовательский Томский государственный университет
(Россия, г. Томск, пр. Ленина, д. 36)

В статье рассмотрены и обобщены результаты отечественных и зарубежных исследований физиологических и психологических факторов психофизического развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ). Выделены группы физиологических (возраст и состояние здоровья матери; курение и употребление алкоголя; многоплодие; недоношенность; процедуры ВРТ) и психологических (психическое и психологическое здоровье родителей, детско-родительские и супружеские отношения) факторов. Выделены противоречия в имеющихся данных, свидетельствующие о необходимости проведения комплексных лонгитюдных исследований.

Ключевые слова: дети, развитие, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, психологические факторы, физиологические факторы.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, бесплодие – это неспособность пары достичь беременности после одного года попыток. В течение более чем 30 лет во всем мире для лечения бесплодия используются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). По данным на 2017 г., в России проводится 139 779 циклов ВРТ в год, что более чем в 5 раз выше аналогичных показателей 2007 г. [5]. Высокая распространенность ВРТ приводит к росту числа детей, рожденных в результате индуцированной беременности. Так, в России число детей, рожденных посредством ВРТ, за последние 10 лет возросло более чем в 4,5 раза [5]. При этом статистика ограничена, поскольку не все центры, осуществляющие ВРТ в России, предоставляют данные для официального учета циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Появление новой многочисленной группы детей, рожденных с помощью ВРТ, обращает внимание ученых на особенности их здоровья и развития. Ранее нами были рассмотрены особенности физического здоровья детей от индуцированной беременности, а также описаны противоре-

Лещинская Светлана Борисовна – аспирант, кафедра психотерапии и психол. консультирования, Нац. исслед. Томский гос. ун-т (Россия, 634050 г. Томск, пр. Ленина, д. 36), e-mail: s_leschins94@mail.ru.

чивые данные об особенностях психического развития детей от ВРТ: отсутствие значимых отличий, связанных с типом зачатия; наличие определенных когнитивных дефицитов, а также отдельные когнитивные преимущества таких детей в раннем возрасте [2]. В связи с этим ряд ученых выделяет таких детей в особую категорию и относит их к группе риска в пре- и постнатальный период, а исходя из противоположных данных включение детей от индуцированной беременности в группу риска рассматривается как необоснованное. Кроме того, существуют гипотезы о проявлении нарушений в более поздних периодах постнатального развития ребенка. Противоречия в существующих данных свидетельствуют о необходимости изучения факторов, которые определяют особенности развития детей, зачатых в результате индуцированной беременности.

Данный обзор литературы был проведен с целью определения факторов, вносящих вклад в развитие детей, зачатых посредством ВРТ. Была поставлена гипотеза, согласно которой развитие детей, зачатых посредством индуцированной беременности, определяется комплексом различных медицинских и психологических факторов, в том числе и непосредственно не связанных с процедурой ВРТ.

Материал и методы

Был произведен анализ научных публикаций отечественных и зарубежных авторов, входящих в базы данных научного цитирования РИНЦ, Scopus, Web of Science (годы публикации 2010–2020). Были использованы следующие комбинации ключевых слов и их аналоги на английском языке: «ВРТ / вспомогательные репродуктивные технологии / ЭКО / экстракорпоральное оплодотворение развитие + развитие ребенка/психическое развитие ребенка/когнитивное развитие ребенка», «ВРТ / вспомогательные репродуктивные технологии / ЭКО / экстракорпоральное оплодотворение + факторы развития ребенка», «факторы развития ребенка», а также поисковые запросы по манифестации каждого из психологических факторов в ситуации индуцированной беременности.

В анализ были включены все публикации, описывающие особенности родителей, зачавших ребенка посредством ЭКО, а также специфику развития таких детей, в т. ч. количественные и качественные исследования, а также метаанализы, вне зависимости от размера выборки и демографических характеристик участников.

Результаты

По итогам теоретического анализа литературы было выделено две группы факторов: физиологические (соматические) и психологические.

1. Физиологические (соматические) факторы.

А. Возраст и состояние здоровья матери.

В ряде исследований отмечается, что возраст матери и состояние ее здоровья, характерные для многих женщин, проходящих процедуры ВРТ, являются одними из основных факторов риска. Так, Л.А. Пыхтиной и коллегами установлено, что при отсутствии статистической значимости факторов, связанных с процедурой ЭКО, и социальных характеристик состояние репродуктивного здоровья матери является ключевым в состоянии здоровья ребенка от индуцированной беременности на первом году жизни [13]. Ю.М. Трапезниковой показано повышение риска формирования задержки внутриутробного развития вследствие таких факторов, как поздний репродуктивный возраст, артериальная гипертензия у матери, объемная патология матки [18]. В.О. Мансимова также указывала на поздний репродуктивный возраст, соматические заболевания матери, ее отягощенный гинекологический анамнез как факторы осложненного протекания неонатального периода детей от ВРТ [9].

В. Fauser и соавт. рассматривали связь позднего репродуктивного возраста с ухудшением качества гамет, что может являться причиной различий в показателях детей от ВРТ и спонтанно зачатых детей [26]. А.Р. Соорег и соавт. выявили более высокий вклад наличия бесплодия в низкий вес детей, зачатых посредством ЭКО, чем самой процедуры лечения бесплодия [23]. Аналогичные результаты были получены в исследовании факторов когнитивного развития и поведенческих особенностей детей от ВРТ, проведенном Р.Е. Schendelaar и соавт. Согласно полученным результатам, длительность бесплодия имела отрицательную взаимосвязь с IQ, тогда как наличие бесплодия – с поведением детей [43].

Б. Курение и употребление алкоголя.

Курение и употребление алкоголя родителями, проходящими лечение посредством ВРТ, также было рассмотрено в качестве фактора риска для формирования нарушений развития ребенка. Однако такие исследования немногочисленны.

D. Hvidtjorn и соавт. в качестве фактора риска развития расстройств аутистического спектра у детей от ВРТ рассматривали курение [34]. И.В. Айзикович и соавт. выявили, что пристрастие женщины, вступающей

в программу ВРТ, к сигаретам, помимо негативного влияния на ее репродуктивное здоровье, снижает вероятность рождения здорового ребенка [1]. По данным J. Ноек и соавт., курение отца значимо снижает имплантационный потенциал эмбриона после лечения методом ИКСИ [33].

Однако А. Salvarci. и соавт. не выявили отрицательного влияния курения родителей на развитие эмбриона после ЭКО [41].

В. Многоплодная беременность.

Многоплодие также рассматривалось в качестве предпосылки задержки внутриутробного развития и формирования аномалий развития.

А. Sazonova и соавт. выявлено, что близнецы от индуцированной беременности, по сравнению с двумя детьми от индуцированной беременности, рожденными одной матерью в разное время, значимо чаще рождаются преждевременно, с низким весом и низким гестационным возрастом [42]. L.F. Xing и соавт. выявили более низкий уровень когнитивного развития доношенных близнецов от ЭКО по сравнению с одиночными детьми от ЭКО, также рожденными в срок [47]. В группах ИКСИ и детей, рожденных недоношенными, эти различия не подтвердились [47]. Е.Н. Yeung и соавт. показано то, что при сравнительно одинаковом развитии детей раннего возраста, вне зависимости от лечения бесплодия, близнецы, зачатые посредством индукции овуляции были меньше, чем близнецы, зачатые без лечения бесплодия [48]. Напротив, согласно результатам исследования М. Dehghan, значимым фактором развития речи детей от ВРТ являлся вес при рождении, тогда как число рожденных детей не было связано с этим показателем [25].

Г. Недоношенность.

Еще одним фактором риска, согласно отечественным и зарубежным данным, являются недоношенность и низкий вес при рождении. В исследовании О.С. Орловой и В.А. Печениной гестационный возраст был отмечен как один из факторов речевого развития детей от ВРТ [11]. По данным К.Н. Anderson и соавт., у доношенных близнецов от ВРТ выявлен меньший уровень нарушений внимания по сравнению с недоношенными близнецами [20]. М. Dehghan и соавт. выявили значимые различия в уровне развития рецептивной речи детей от ВРТ, связанные с гестационным возрастом и весом при рождении [25]. По данным М. Hansen, у детей от ВРТ, рожденных недоношенными, выявлен в два раза более высокий риск серьезной интеллектуальной недостаточности по сравнению с доношенными детьми [32].

Д. Лечение методом ВРТ.

В некоторых исследованиях была выявлена связь самой процедуры ВРТ с развитием ребенка и его показателями при рождении, тогда как в большинстве исследований статистически значимых взаимосвязей выявлено не было.

Так, В.С. Кузнецовой при сравнении хирургических и гормональных методов лечения бесплодия было показано, что тогда как дети, рожденные после хирургического лечения бесплодия, имеют благоприятное физическое и психическое развитие в течение первого года жизни, дети после гормональных методов, включая ЭКО, чаще рождаются недоношенными [7]. По данным Е.В. Соловьевой, дети, зачатые в результате 4–9 попыток ЭКО, значимо реже имели нормальный уровень познавательного развития, чем дети, зачатые спонтанно или в результате 1–3 попыток ЭКО. Однако среди детей, зачатых в результате 1–3 попыток ЭКО, доля детей с нормативными показателями когнитивного развития возрастало от первого к третьему годам жизни [14].

A. Barbuscia, M. Myrskylä и A. Goisis было отмечено, что при учете в статистическом анализе характеристик родителей, дети от ВРТ чаще имеют психосоциальные проблемы, чем дети от естественного зачатия, что косвенным образом свидетельствует о вкладе процедуры ВРТ в психосоциальное развитие детей. Тем не менее различия с возрастом снижаются [21]. В. Li и соавт. утверждают, что ВРТ способствуют возникновению нарушений геномного импринтинга детей, что повышает вероятность задержки внутриутробного развития и различных патологий [37].

По данным Л.А. Пивневой, корреляция между ВРТ и возникновением пороков развития ЛОР-органов отсутствует, а более частое формирование пороков развития после применения ИКСИ статистически не значимо [12]. В. Fauser по результатам обзора литературы утверждают, что прямую связь между процедурой ВРТ и развитием детей выявить не удалось [26].

2. Психологические факторы.

В качестве психологических факторов, которые могут определять развитие ребенка вне зависимости от типа его зачатия, зарубежными и отечественными авторами рассматриваются: психическое здоровье родителей [4, 31], качество детско-родительских отношений, в том числе между отцом и ребенком [17, 44, 46], семейные взаимоотношения [16, 30]. Все перечисленные факторы вносят вклад в развитие детей как от естественной, так и от индуцированной беременности. Однако при изучении семей,

в которых дети были зачаты посредством ВРТ, эти характеристики исследуются преимущественно в отрыве от данных о психическом развитии детей.

А. Психологическое и психическое здоровье родителей.

Данная группа факторов является наиболее изученной. В этой связи наиболее часто рассматриваются тревожность и депрессия.

Так, Е.А. Наку и соавт. были выделены психические состояния женщин, зачавших ребенка посредством ЭКО: высокая личностная тревожность и депрессия, выраженность которых не зависела от числа попыток и результата лечения. Однако более длительное планирование беременности было сопряжено с повышением фрустрации [10]. О.Ю. Кочерова и соавт. отмечают, что матерям, чьи дети были зачаты с помощью ЭКО, чаще свойственна гипертимность, тревожность и импульсивность, а также эйфорическое отношение к родам и тревожное – к беременности, чем матерям, зачавшим ребенка естественным способом. Эти черты рассматриваются как фактор риска недоношенности [6].

По данным С.А. McMahon и соавт., в третьем триместре беременности женщины, прошедшие лечение методом ВРТ, имеют более низкий уровень ситуативной и личностной тревожности, но более высокий уровень тревожности, связанной с беременностью, чем женщины со спонтанным зачатием [38]. При этом уровень личностной тревожности в период беременности являлся предиктором трудного темперамента у ребенка в младенческом возрасте, тогда как ситуативная тревожность и тревожность, связанная с беременностью, не оказывали влияния [38]. К. Hedwig и соавт. также изучали личностную тревожность родителей – согласно результатам, личностная тревожность матери была связана с менее оптимальным неврологическим статусом детей, связь личностной тревожности отца с неврологическим развитием ребенка обнаружена не была [35].

В исследовании F. Rice. и соавт. приняли участие семьи с индуцированной беременностью, в которой дети были связаны с матерью разной степенью родства, в зависимости от использованного метода ВРТ [40]. Была выявлена связь между пренатальным стрессом и весом при рождении, гестационным возрастом и антисоциальным поведением в обеих группах детей (дети, родственно связанные и не связанные с матерью) [40]. Связь пренатального стресса с тревожностью детей была обусловлена тревожностью и депрессивностью матери [40].

В исследовании M. Vänskä и соавт. было показано, что симптомы депрессии и психологического дистресса, переживаемого матерью, пред-

сказывали интернализирующие симптомы ребенка, тогда как симптомы, характерные для обоих родителей, предсказывали наличие у ребенка проблем с регуляторными процессами [45].

A. García-Blanco и соавт. также выявили более высокий уровень тревожности и биомаркеров стресса у женщин с ВРТ, но более низкий уровень депрессии по сравнению с женщинами с естественной беременностью, кроме того, эти различия после родов отсутствовали [29].

J. Lang и соавт. выявили значимую взаимосвязь между тревожными и депрессивными расстройствами матери в 1-м триместре беременности и низким весом ребенка при рождении даже после контроля таких переменных, как гестационный возраст, возраст матери, ИМТ матери до беременности, угроза прерывания беременности, гестационный диабет и гипертензия [36]. При этом психологическое состояние матерей этой группы до беременности не оказывало дополнительного влияния на показатели новорожденных детей [36].

Б. Детско-родительские отношения.

Еще одним психологическим фактором является характер отношения родителей к ребенку.

A.Ю. Маленова и И.Г. Кытькова выявили у женщин с индуцированной беременностью гипертрофированный положительный эмоциональный фон беременности и переоценку собственных родительских качеств, что может способствовать развитию созависимых отношений с ребенком [8]. По данным В.Я. Якуповой и Е.И. Захаровой, матерям из группы ЭКО в большей степени свойственна демонстрация безусловного принятия ребенка и желание устанавливать с ним телесный контакт, чем матерям из группы естественного зачатия [19]. Однако матери детей от индуцированной беременности в меньшей степени готовы поддерживать инициативу ребенка. При этом дети, чьи матери с большей готовностью поддерживали их, были более активны. Кроме того, матери из группы ЭКО сомневались в своей родительской компетентности и предъявляли к себе слишком высокие требования. Е.В. Соловьева также отмечает завышенные ожидания от ребенка, предъявляемые женщинами, у которых зачатие наступило в результате ЭКО [15]. А.А. Дуевой показаны склонность матерей ЭКО к гиперпротекции и потворствованию и, следовательно, ненадежный тип привязанности у ЭКО детей [3].

N. Mohammadi и соавт. выявили у матерей, зачавших ребенка при помощи ВРТ, комплекс характеристик, таких как стремление выполнить все материнские обязанности, не чувствуя усталость и изнеможение, а

также готовность поддержать ребенка любыми способами. Этот комплекс проявлялся в 4 аспектах: сверхзабота, гиперопека, повышенные затраты эмоциональных ресурсов и повышенные ожидания от себя и других [39].

В. Супружеские взаимоотношения.

Особенности семейных отношений в парах, проходящих лечение методом ВРТ, также исследовались в отрыве от изучения развития детей, и эти исследования немногочисленны.

Результаты исследования, проведенного L. Blake и соавт., свидетельствуют о более низкой удовлетворенности браком у женщин с индуцированной беременностью по сравнению с женщинами с естественным зачатием [22]. У отцов эти различия выявлены не были. Аналогичные результаты о низкой удовлетворенности браком матерей с ВРТ были получены J. Darwiche и соавт. [24].

S. Gameiro и соавт. показано, что, тогда как семейные пары, зачавшие ребенка при помощи ВРТ, обычно удовлетворены отношениями с партнером, с периода беременности и до послеродового периода может наблюдаться снижение согласованности между партнерами в восприятии существующих конфликтов, что связано с уменьшением качества жизни [28]. Что интересно, в другом исследовании S. Gameiro и соавт. выявлена связь между супружескими отношениями и вкладом родителей в воспитание ребенка [27], что потенциально может быть связано с его развитием.

Выводы

Таким образом, согласно имеющимся научным данным, развитие ребенка, зачатого посредством ВРТ, определяется комплексом факторов как медицинских (соматических): возраст и состояние здоровья матери, курение и употребление алкоголя, многоплодие, недоношенность ребенка, сама процедура ВРТ, так и психологических: психическое и психологическое здоровье родителей, детско-родительские отношения; супружеские взаимоотношения. При этом, тогда как медицинские факторы изучены достаточно подробно, исследования психологических особенностей семей, воспользовавшихся ВРТ, немногочисленны и проводятся в отрыве от исследований психического развития детей. Кроме того, фокус внимания исследователей направлен на особенности матери, что способствует дефициту научных данных о вкладе отца в развитие ребенка в таких семьях. С учетом выявленных противоречий и дефицитов представляется необходимым проведение комплексных исследований, рассматривающих факторы: 1) медицинские и психологические; 2) материнские и отцовские на протяжении

нии развития ребенка. Комплексное понимание природы различий в развитии детей от индуцированной беременности позволит разработать программы превенции и психокоррекции с учетом идентифицированных факторов риска.

Литература

1. Айзикович И.В., Айзикович Б.И., Зотов С.В. [и др.] Влияние курения женщин на качество ооцитов и исходы вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 165–168.
2. Добряков И.В., Лещинская С.Б., Стоянова И.Я., Магденко О. В. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – Т. 19, № 4. – С. 122–132.
3. Дуева А.А. Взаимодействие с матерью детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): привязанность и особенности стиля воспитания // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 293–305. DOI:10.17759/psyedu.2014060225.
4. Киселева М.Г. Роль материнской депрессии в психическом развитии детей раннего возраста // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2017. – № 4а. – С. 146–155.
5. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. Российская ассоциация репродукции человека: отчет за 2017 г. [Электронный ресурс] // Российская ассоциация репродукции человека. 2017. URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/vrt2017.pdf (дата обращения 22.06.2020).
6. Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д. [и др.] Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5, № 3. – С. 69–77. DOI: 10.17759/psyclin.2016050305.
7. Кузнецова В.С. Состояние здоровья детей от матерей, лечившихся по поводу бесплодия : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09. – Воронеж, 2005. – 24 с.
8. Маленова А.Ю., Кытькова И.Г. Отношение женщин в ситуации ЭКО к беременности, ребенку, материнству // Педиатр. – 2015. – № 4. – С. 97–104.
9. Мансимова В.О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрическая фармакология. – 2011. – № 2. – С. 27–31.
10. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л. [и др] Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т. 15, № 6. – Р. 23–30. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30.
11. Орлова О.С., Печенина В.А. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2016. – № 4–2. – С. 237–245.

12. Пивнева Н.Д. Состояние ЛОР-органов у детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий : дис. ... канд. мед. наук: 14.01. – М., 2012. – 101 с.

13. Пыхтина Л.А., Филькина О.М., Гаджимурадова Н.Д. [и др.] Факторы риска и прогнозирование нарушений здоровья у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 56–65.

14. Соловьева Е.В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – № 1. – С. 261–272.

15. Соловьева Е.В. О материнском отношении к детям раннего возраста, зачатым посредством экстракорпорального оплодотворения [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 147–156. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Soloveva.phtml> (дата обращения: 16.08.2020).

16. Сычев О.А., Казанцева О.А. Отношения супругов в браке и психологическое благополучие ребенка дошкольного возраста // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 66. – С. 112–129. DOI: 10.17223/17267080/66/8.

17. Токарева Е.Н., Рычкова Л.С. Детско-родительские отношения как фактор развития общения детей раннего возраста // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2011. – Т. 18, № 235. – С. 89–93.

18. Трапезникова Ю.М. Прогнозирование задержки внутриутробного развития плода с ранних сроков беременности, инициированной вспомогательными репродуктивными технологиями: диагностические критерии риска : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. – Челябинск, 2011. – 166 с.

19. Якупова В.А., Захарова Е.И. Особенности внутренней позиции матери у участниц программы ЭКО // Культурно-историческая психология. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 46–55. DOI:10.17759/chp.2016120105.

20. Anderson K.N., Koh B.D., Connor J.J. [et al.] Twins conceived using assisted reproduction: parent mental health, family relationships and child adjustment at middle childhood // Human Reproduction. – 2014. – Vol. 29, N 10. – P. 2247–2255. DOI: 10.1093/humrep/deu190.

21. Barbuscia A., Myrskylä M., Goisis A. The psychosocial health of children born after medically assisted reproduction: Evidence from the UK Millennium Cohort Study // SSM-population health. – 2019. – N 7. – DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100355.

22. Blake L., Casey P., Jadvá V., Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study // Reproductive BioMedicine Online. – 2012. – N 25. – P. 678–683. DOI: 10.1016/j.rbmo.2012.09.006.

23. Cooper A.R., O'Neill K.E., Allsworth J.E. [et al.] Smaller fetal size in singletons after infertility therapies: the influence of technology and the underlying infertility // Fertility and Sterility. – 2011. – Vol. 96, N 5. – P. 1100–1106. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.08.038.

24. Darwiche J., Favez N., Simonelli A. [et al.] Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously // Family Relations. – 2011. – Vol. 64, N 4. – P. 534–546. DOI:10.1111/fare.12131.

25. Dehghan M., Kuhl M., Rezvani S. [et al.] Speech and Language Development of Children Born Following Assisted Reproductive Technologies // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. – 2020. – N 134. – P. 110060. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110060.

26. Fauser B., Devroey P., Diedrich K. [et al.] Health outcomes of children born after IVF/ICSI: A review of current expert opinion and literature // *Reproductive BioMedicine Online*. – 2013. – Vol. 28, N 2. – P. 162–182. DOI: 10.1016/j.rbmo.2013.10.013.

27. Gameiro S., Canavarro M. C., Boivin J. [et al.] Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques // *Human Reproduction*. – 2011. – Vol. 26, N 5. – P. 1128–1137. DOI:10.1093/humrep/der031.

28. Gameiro S., Nazaré B., Fonseca A. [et al.] Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies // *Fertility and Sterility*. – 2011. – Vol. 96, N 6. – P. 1457–1462. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.09.003.

29. García-Blanco A., Diago V., Hervás D. [et al.] Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study // *Human reproduction*. – 2018. – Vol. 33, N 7. – P. 1237–1246. DOI: 10.1093/humrep/dey109.

30. Garriga A., Pennoni F. The Causal Effects of Parental Divorce and Parental Temporary Separation on Children’s Cognitive Abilities and Psychological Well-being According to Parental Relationship Quality // *Social Indicators Research*. – 2020. DOI: 10.1007/s11205-020-02428-2.

31. Gül H., Gül A., Kara K. Maternal depression, anxiety, psychoticism and paranoid ideation have effects on developmental delay types of infants: A study with clinical infant-mother dyads // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2020. – N 34. – P. 184–190. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.04.009.

32. Hansen M., Greenop K.R., Bourke J. [et al.] Intellectual Disability in Children Conceived Using Assisted Reproductive Technology // *Pediatrics*. – 2018. – Vol. 142, N 6. DOI: 10.1542/peds.2018-1269.

33. Hoek J., Schoenmakers S., Baart E.B. [et al.] Preconceptional Maternal Vegetable Intake and Paternal Smoking Are Associated with Pre-implantation Embryo Quality // *Reproductive sciences*. – 2020. DOI: 10.1007/s43032-020-00220-8.

34. Hvidtjorn D., Grove J., Schendel D. [et al.] Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: apopulation-based follow-up study // *Journal of epidemiology and community health*. – 2011. – Vol. 65, N 6. – P. 497–502. DOI: 10.1136/jech.2009.093823.

35. Hedwig K., Kikkert H.K., Middelburg, K.J., Hadders-Algra M. Maternal anxiety is related to infant neurological condition, paternal anxiety is not // *Early Human Development*. – 2010. – Vol. 86, N 3. – P. 171–177. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2010.02.004.

36. Lang J., Zhang B., Meng Y. [et al.] First trimester depression and/or anxiety disorders increase the risk of low birthweight in IVF offspring: a prospective cohort study // *Reproductive BioMedicine Online*. – 2019. – Vol. 39, N 6. – P. 947–954. DOI: 10.1016/j.rbmo.2019.09.002.

37. Li B., Chen S., Tang N. [et al.] Assisted Reproduction Causes Reduced Fetal Growth Associated with Downregulation of Paternally Expressed Imprinted Genes

That Enhance Fetal Growth // *Biology of Reproduction*. – 2016. – Vol. 94, N 2. – P. 1–11. DOI: 10.1095/biolreprod.115.136051.

38. McMahon C.A., Boivin J., Gibson F.L. [et al.] Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum // *Human reproduction*. – 2013. – Vol. 28, N 4. – P. 997–1005. DOI:10.1093/humrep/det029.

39. Mohammadi N., Shamshiri M., Mohammadpour A. [et al.] «Supermothers»: the meaning of mothering after assisted reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant // Psychology*. – 2014. – Vol. 33, N 1. – P. 42–53. DOI: 10.1080/02646838.2014.970152.

40. Rice F., Harold G.T., Boivin J. [et al.] The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences // *Psychological medicine*. – 2010. – Vol. 40, N 2. – P. 335–345. DOI: 10.1017/S0033291709005911.

41. Salvarci A., Gurbuz A.S., Uzman S. [et al.] Comparison of embryo morphokinetics following intracytoplasmic sperm injection in smoker and non-smoker couples: Are the results different? // *The Journal of the Pakistan Medical Association*. – 2017. – Vol. 67, N 10. – P. 1552–1557.

42. Sazonova A., Källén K., Thurin-Kjellberg A. [et al.] Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy // *Fertility and sterility*. – 2013. – N 99 (3). – P. 731–737. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.11.023.

43. Schendelaar P., La Bastide-Van Gemert S., Heineman M.J. [et al.] Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4-year-old singletons // *Reproductive BioMedicine Online*. – 2016. – N 33. – P. 752–762. DOI: 10.1016/j.rbmo.2016.08.021.

44. Sethna V., Perry E., Domoney J. [et al.] Father–child interactions at 3 months and 24 months: contributions to children's cognitive development at 24 months // *Infant Mental Health Journal*. – 2017. – N 38. – P. 378–390. DOI:10.1002/imhj.21642.

45. Vänskä M., Punamäki R.L., Lindblom J. [et al.] Parental Pre and Postpartum Mental Health Predicts Child Mental Health and Development // *Family Relations*. – 2017. – N 66. – P. 497–511. DOI:10.1111/fare.12260.

46. Wang H., Huang J., Lin C. [et al.] Paternal influences from early pregnancy to postpartum years on child development: A longitudinal study // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 275. – P. 23–30. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.018.

47. Xing L.F., Qian Y.L., Chen L.T. [et al.] Is there a difference in cognitive development between preschool singletons and twins born after intracytoplasmic sperm injection or in vitro fertilization? // *Journal of Zhejiang University. Science*. – 2014. – Vol. 15, N 1. – P. 51–57. DOI:10.1631/jzus.B1300229.

48. Yeung E.H., Sundaram R., Bell E.M. [et al.] Infertility treatment and children's longitudinal growth between birth and 3 years of age // *Human reproduction*. – 2016. – Vol. 31, N 7. – P. 1621–1628. DOI: 10.1093/humrep/dew106.

Поступила 25.08.2020

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

Для цитирования. Лещинская С.Б. Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы // Вестник психотерапии. 2020. № 75 (80). С. 130–146.

FACTORS AFFECTING DEVELOPMENT OF CHILDREN CONCEIVED THROUGH ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: A LITERATURE REVIEW

Leshchinskaia S.B.

Tomsk State University (36, Lenin Avenue, Tomsk, Russia)

Svetlana Borisovna Leshchinskaia – PhD student, department of psychotherapy and counseling, Tomsk State University (36, Lenin Avenue, Tomsk, 634050, Russia), e-mail: s_leschins94@mail.ru.

Abstract. In the article the results of research on physiological and psychological factors of psychophysical development of children conceived with the help of assisted reproductive technologies (IVF, ICSI) are summarized. The groups of physiological (mother's age and state of health; smoking and alcohol consumption; multiple pregnancy; prematurity; ART procedures) and psychological (mental and psychological health of parents, child-parental and marital relations) factors were identified. The contradictions in the available data are highlighted, indicating the need for complex longitudinal studies.

Keywords: children, development, assisted reproductive technology, in vitro fertilization, psychological factors, physiological factors.

References

1. Ajzikovich I.V., Ajzikovich B.I., Zotov S.V. [et al.] Vlijanie kurenija zhenshhin na kachestvo oocitov i ishody vspomogatelnykh reproduktivnykh tehnologij [Effects of female smoking on oocyte quality and assisted reproductive technology outcomes]. *Vestnik NGU. Serija: Biologija, klinicheskaja medicina* [NSU Bulletin. Series: Biology, Clinical Medicine]. 2012. Vol. 10, N 2. P. 165–168. (In Russ.)
2. Dobrjakov I.V., Leshhinskaja S.B., Stojanova I.Ja., Magdenko O.V. Psichicheskoe i somaticheskoe razvitie detej, zachatyh s pomoshhju jekstrakorporalnogo oplodotvorenija [Mental and somatic development of children conceived using in vitro fertilization]. *Voprosy psichicheskogo zdorovja detej i podrostkov* [Issues of mental health of children and adolescents]. 2019. Vol. 19, N 4. P. 122–132. (In Russ.)
3. Dueva A.A. Vzaimodejstvie s materju detej, rozhdennyh v rezultate jekstrakorporalnogo oplodotvorenija (JeKO): privjazannost i osobennosti stilja vospitanija [Interaction with the mother of children born as a result of in vitro fertilization (IVF): attachment and features of the style of upbringing]. *Psichologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru* [Psychological science and education. Psyedu.ru]. 2014. Vol. 6, N 2. P. 293–305. DOI:10.17759/psyedu.2014060225. (In Russ.)
4. Kiseleva M.G. Rol materinskoj depressii v psichicheskom razvitii detej ranнего vozrasta [The role of maternal depression in the mental development of young

children]. *Psihologija. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovanija* [Psychology. Historical and critical reviews and modern research]. 2017. N 4a. P. 146–155. (In Russ.)

5. Korsak V.S., Smirnova A.A., Shurygina O.V. Rossijskaja asociacija reprodukcii cheloveka: otchet za 2017 g. [Russian Association for Human Reproduction: report for 2017]. Rossijskaja asociacija reprodukcii cheloveka. 2017. URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/vrt2017.pdf (22.06.2020). (In Russ.)

6. Kocherova O.Ju., Pyhtina L.A., Gadzhimuradova N.D. [et al.] Psihologicheskie osobennosti materej detej, zachatyh s pomoshhju jekstrakorporalnogo oplodotvorenija [Psychological features of mothers of children conceived with in vitro fertilization]. *Klinicheskaja i specialnaja psihologija* [Clinical and special psychology]. 2016. Vol. 5, N 3. P. 69–77. DOI: 10.17759/psychclin.2016050305. (In Russ.)

7. Kuznecova V.S. Sostojanie zdorovja detej ot materej, lechivshijsja po povodu besplodija [State of health of children from mothers treated for infertility]. Abstract dis. ... PhD. med. Sci. : 14.00.09. Voronezh, 2005. 24 p. (In Russ.)

8. Malenova A.Ju., Kytkova I.G. Otnoshenie zhenshin v situacii JeKO k beremennosti, rebenku, materinstvu [Attitude of women in the IVF situation to pregnancy, child, motherhood]. *Pediatr.* [Pediatrician]. 2015. N 4. P. 97–104. (In Russ.)

9. Mansimova V.O. Sovremennoe sostojanie problemy zdorovja detej, rozhdennyh v rezultate vspomogatelnyh reproduktivnyh tehnologij [Current state of health of children born as a result of assisted reproductive technologies]. *Pediatricheskaja farmakologija* [Pediatric pharmacology]. 2011. N 2. P. 27–31. (In Russ.)

10. Naku E.A., Bohan T.G., Uljanich A.L. [et al.] Psihologicheskie karakteristiki zhenshin, prohodjashih lechenie po programme JeKO [Psychological characteristics of women undergoing IVF treatment]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* [Issues of gynecology, obstetrics and perinatology]. 2016. Vol. 15, N 6. P. 23–30. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-6-23-30. (In Russ.)

11. Orlova O.S., Pechenina V.A. Stanovlenie rechevoj funkcii u detej-bliznecov, rozhdennyh spontanno i v rezultate primenenija jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija [Formation of speech function in twin children born spontaneously and as a result of the use of in vitro fertilization]. *Vestnik LGU im. A.S. Pushkina* [Bulletin of Leningrad State University named after A.S. Pushkin]. 2016. N 4–2. P. 237–245. (In Russ.)

12. Pivneva N.D. Sostojanie LOR–organov u detej, rozhdennyh posle primenenija vspomogatelnyh reproduktivnyh tehnologij [The state of ENT organs in children born after the use of assisted reproductive technologies]. Dis. ... PhD. med. Sci. : 14.01. Moskva, 2012. 101 p. (In Russ.)

13. Pyhtina L.A., Filkina O.M., Gadzhimuradova N.D. [et al.] Faktory riska i prognozirovanie narushenij zdorovja u detej pervogo goda zhizni, rodivshijsja ot odnoplodnoj beremennosti posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija [Risk Factors and Prediction of Health Impairment in First Year Infants Born of a Single-Fetal Pregnancy After in Vitro Fertilization]. *Analiz riska zdorovju* [Health Risk Analysis]. 2017. N 1. P. 56–65. (In Russ.)

14. Soloveva E.V. Deti, zachatye posredstvom JeKO: osobennosti psihicheskogo razvitiya [Children conceived through IVF: features of mental development]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. Psyedu.ru*. 2014. N 1. P. 261–272. (In Russ.)

15. Soloveva E.V. O materinskom otnoshenii k detjam rannego vozrasta, zachatym posredstvom jekstrakorporalnogo oplodotvorenija [Elektronnyj resurs] [On maternal attitude to young children conceived through in vitro fertilization]. *Psichologo-pedagogicheskie issledovanija* [Psychological and pedagogical research]. 2014. Vol. 6, N 4. P. 147–156. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Soloveva.phtml> (In Russ.)

16. Sychev O.A., Kazanceva O.A. Otnoshenija suprugov v brake i psichologicheskoe blagopoluchie rebenka doskolnogo vozrasta [Relations of spouses in marriage and psychological well-being of a preschool child]. *Sibirskij psichologicheskij zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2017. N 66. P. 112–129. DOI: 10.17223/17267080/66/8. (In Russ.)

17. Tokareva E.N., Rychkova L.S. Detsko-roditelskie otnoshenija kak faktor razvitiya obshhenija detej rannego vozrasta [Child-parental relations as a factor in the development of communication among young children]. *Vestnik JuUrGU. Serija: Psichologija* [Bulletin of SUSU. Series: Psychology]. 2011. Vol. 18, N 235. P. 89–93. (In Russ.)

18. Trapeznikova Ju.M. Prognozirovanie zaderzhki vnutritrobnogo razvitiya ploda s rannih srokov beremennosti, iniciirovannoj vspomogatelnymi reproduktivnymi tehnologijami: diagnosticheskie kriterii riska [Prediction of delay in fetal development from early pregnancy initiated by assisted reproductive technologies: diagnostic risk criteria]. Dis. ... PhD. med. Sci. : 14.01.01. Cheljabinsk, 2011. 166 p. (In Russ.)

19. Jakupova V.A., Zaharova E.I. Osobennosti vnutrennej pozicii materi u uchastnic programmy JeKO [Features of the mother's internal position among participants in the IVF program]. *Kulturno-istoricheskaja psichologija* [Cultural and historical psychology]. 2016. Vol. 12, N 1. P. 46–55. DOI:10.17759/chp.2016120105. (In Russ.)

20. Anderson K.N., Koh B.D., Connor J.J. [et al.] Twins conceived using assisted reproduction: parent mental health, family relationships and child adjustment at middle childhood. *Human Reproduction*. 2014. Vol. 29, N 10. P. 2247–2255. DOI: 10.1093/humrep/deu190.

21. Barbuscia A., Myrskylä M., Goisis A. The psychosocial health of children born after medically assisted reproduction: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. *SSM - population health*. 2019. N 7. DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100355.

22. Blake L., Casey P., Jadva V., Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. *Reproductive BioMedicine Online*. 2012. N 25. P. 678–683. DOI: 10.1016/j.rbmo.2012.09.006.

23. Cooper A.R., O'Neill K.E., Allsworth J.E. [et al.] Smaller fetal size in singletons after infertility therapies: the influence of technology and the underlying infertility. *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96, N 5. P. 1100–1106. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.08.038.

24. Darwiche J., Favez N., Simonelli A. [et al.] Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously. *Family Relations*. 2011. Vol. 64, N 4. P. 534–546. DOI:10.1111/fare.12131.

25. Dehghan M., Kuhi M., Rezvani S. [et al.] Speech and Language Development of Children Born Following Assisted Reproductive Technologies. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2020. № 134. P. 110060. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110060.

26. Fauser B., Devroey P., Diedrich K. [et al.] Health outcomes of children born after IVF/ICSI: A review of current expert opinion and literature. *Reproductive BioMedicine Online*. 2013. Vol. 28, N 2. P. 162–182. DOI: 10.1016/j.rbmo.2013.10.013.
27. Gameiro S., Canavarro M. C., Boivin J. [et al.] Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*. 2011. Vol. 26, N 5. P. 1128–1137. DOI:10.1093/humrep/der031.
28. Gameiro S., Nazaré B., Fonseca A. [et al.] Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96, N 6. P. 1457–1462. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.09.003.
29. García-Blanco A., Diago V., Hervás D. [et al.] Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human reproduction*. 2018. Vol. 33. N 7. 1237–1246. DOI: 10.1093/humrep/dey109.
30. Garriga A., Pennoni F. The Causal Effects of Parental Divorce and Parental Temporary Separation on Children’s Cognitive Abilities and Psychological Well-being According to Parental Relationship Quality. *Social Indicators Research*. 2020. DOI: 10.1007/s11205-020-02428-2.
31. Gül H., Gül A., Kara K. Maternal depression, anxiety, psychoticism and paranoid ideation have effects on developmental delay types of infants: A study with clinical infant-mother dyads. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020. N 34. P. 184-190. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.04.009.
32. Hansen M., Greenop K.R., Bourke J. [et al.] Intellectual Disability in Children Conceived Using Assisted Reproductive Technology. *Pediatrics*. 2018. Vol. 142, N 6. DOI: 10.1542/peds.2018–1269.
33. Hoek J., Schoenmakers S., Baart E.B. [et al.] Preconceptional Maternal Vegetable Intake and Paternal Smoking Are Associated with Pre-implantation Embryo Quality. *Reproductive sciences*. 2020. DOI: 10.1007/s43032-020-00220-8.
34. Hvidtjorn D., Grove J., Schendel D. [et al.] Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: a population-based follow-up study. *Journal of epidemiology and community health*. 2011. Vol. 65, N 6. P. 497–502. DOI: 10.1136/jech.2009.093823.
35. Hedwig K., Kikkert H.K., Middelburg, K.J., Hadders-Algra M. Maternal anxiety is related to infant neurological condition, paternal anxiety is not. *Early Human Development*. 2010. Vol. 86, N 3. P. 171–177. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2010.02.004.
36. Lang J., Zhang B., Meng Y. [et al.] First trimester depression and/or anxiety disorders increase the risk of low birthweight in IVF offspring: a prospective cohort study. *Reproductive BioMedicine Online*. 2019. Vol. 39, N 6. P. 947–954. DOI: 10.1016/j.rbmo.2019.09.002.
37. Li B., Chen S., Tang N. [et al.] Assisted Reproduction Causes Reduced Fetal Growth Associated with Downregulation of Paternally Expressed Imprinted Genes That Enhance Fetal Growth. *Biology of Reproduction*. 2016. Vol. 94, N 2. P. 1–11. DOI: 10.1095/biolreprod.115.136051.
38. McMahon C.A., Boivin J., Gibson F.L. [et al.] Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human reproduction*. 2013. Vol. 28, N 4. P. 997–1005. DOI:10.1093/humrep/det029.

39. Mohammadi N., Shamshiri M., Mohammadpour A. [et al.] «Super-mothers»: the meaning of mothering after assisted reproductive technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014. Vol. 33, N 1. P. 42–53. DOI: 10.1080/02646838.2014.970152.

40. Rice F., Harold G.T., Boivin J. [et al.] The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychological medicine*. 2010. Vol. 40, N 2. P. 335–345. DOI: 10.1017/S0033291709005911.

41. Salvarci A., Gurbuz A.S., Uzman S. [et al.] Comparison of embryo morphokinetics following intracytoplasmic sperm injection in smoker and non-smoker couples: Are the results different? *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2017. Vol. 67, N 10. P. 1552–1557.

42. Sazonova A., Källén K., Thurin-Kjellberg A. [et al.] Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy. *Fertility and sterility*. 2013. N 99 (3). P. 731–737. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.11.023.

43. Schendelaar P., La Bastide-Van Gemert S., Heineman M.J. [et al.] Subfertility factors rather than assisted conception factors affect cognitive and behavioural development of 4-year-old singletons. *Reproductive BioMedicine Online*. 2016. N 33. P. 752–762. DOI: 10.1016/j.rbmo.2016.08.021.

44. Sethna V., Perry E., Domoney J. [et al.] Father–child interactions at 3 months and 24 months: contributions to children's cognitive development at 24 months. *Infant Mental Health Journal*. 2017. N 38. P. 378–390. DOI:10.1002/imhj.21642.

45. Vänskä M., Punamäki R.L., Lindblom J. [et al.] Parental Pre and Postpartum Mental Health Predicts Child Mental Health and Development. *Family Relations*. 2017. № 66. P. 497–511. DOI:10.1111/fare.12260.

46. Wang H., Huang J., Lin C. [et al.] Paternal influences from early pregnancy to postpartum years on child development: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 275. P. 23–30. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.018.

47. Xing L.F., Qian Y.L., Chen L.T. [et al.] Is there a difference in cognitive development between preschool singletons and twins born after intracytoplasmic sperm injection or in vitro fertilization? *Journal of Zhejiang University. Science*. 2014. Vol. 15, N 1. P. 51–57. DOI:10.1631/jzus.B1300229.

48. Yeung E.H., Sundaram R., Bell E.M. [et al.] Infertility treatment and children's longitudinal growth between birth and 3 years of age. *Human reproduction*. 2016. Vol. 31, N 7. P. 1621–1628. DOI: 10.1093/humrep/dew106.

Received 25.08.2020

For citing. Leshchinskaia S.B. Faktory, vliyayushhie na razvitie detej pri vspomogatelnyh reproduktivnyh texnologiyah: obzor literatury. *Vestnik psixhoterapii*. 2020. N 75. P. 130–146. **(In Russ.)**

Leshchinskaia S.B. Factors affecting development of children conceived through assisted reproductive technology: a literature review. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 75. P. 130–146.



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. **Журнал включен в объединенный каталог «Пресса России» (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на

английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 23.09.2020. Печать –
цифровая. Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆.

Тираж 500 экз. Объем 9,38 п. л. Заказ 41028.