

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 63 (68)**

Санкт-Петербург  
2017

## **Редакционная коллегия**

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

## **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2017
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2017

**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 63 (68)**

St. Petersburg  
2017

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

### **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

## **BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2017

© International Institute of Human Potential Abilities, 2017

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>Куликов В.О., Курасов Е.С., Шамрей В.К.</b> Феномен транса в психотерапии (анализ состояния проблемы).....	7
<b>Клайман В.О., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П.</b> Применение техник осознанности (mindfulness) в терапии больных шизофренией (обзор иностранной литературы) .....	23
<b>Торгашов М.Н.</b> Возрастные особенности психопатологических последствий боевого стресса и принципы лечения .....	36

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Ашанина Е.Н., Крийт Е.Е.</b> Механизмы психологической защиты бакалавров, магистрантов и аспирантов высшего учебного заведения .....	44
<b>Горьковая И.А., Мартынова А.А.</b> Совладающее поведение осужденных с расстройствами приспособительных реакций в первоначальный период отбывания наказаний .....	53
<b>Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А.</b> Предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции .....	64
<b>Мельничук А.С.</b> Эмоциональное выгорание и перфекционизм у учителей: особенности взаимосвязи .....	77
<b>Мефодий (Зинковский), Кирилл (Зинковский), Баразенко К.В.</b> Догматы веры и высшая нервная деятельность .....	95
<b>Проничева М.М., Булыгина В.Г.</b> Влияние типа семейных эмоциональных коммуникаций на дизонтогенез социализации телесных функций у подростков .....	113
<b>Дубинский А.А., Лысенко Н.Е., Ковалева М.Е.</b> Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и параметров саморегуляции у лиц, совершивших неагрессивные правонарушения .....	125
 Информация о журнале .....	140

## CONTENTS

### PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

<b>Kulikov V.O., Kurasov E.S., Shamrey V.K.</b> The phenomenon of trance in psychotherapy (Analysis of the problem) ....	7
<b>Klaiman V.O., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P.</b> Application of mindfulness in therapy of patients with schizophrenia (re- view of foreign literature) .....	23
<b>Torgashov M.N.</b> Age peculiarities of the psychopathological effects of combat stress and treatment principles .....	36

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Ashanina E.N., Kriit E.E.</b> Psychological defense mechanisms of bachelors, masters and post- graduate students in higher educational institution .....	44
<b>Gor'kovaya I.A., Martynova A.A.</b> Coulduse behavior of prisoners with disorders of adaptive reactions in the initial period of punishment .....	53
<b>Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A.</b> Predictors of the inclusion of patients with movement disorders in various psychocorrection programs .....	64
<b>Melnichuk A.S.</b> The emotional burnout and perfectionismamong teachers: the specific of interrelation .....	77
<b>Methody (Zinkovskiy), Kirill (Zinkovskiy), Barazenko K.V.</b> The doctrines of the faith and higher nervous activity .....	95
<b>Pronicheva M.M., Bulygina V.G.</b> Influence of the family emotional communications on the dysontogenesis of the socialization of bodily functions among adolescents .....	113
<b>Dubinsky A.A., Lysenko N.E., Kovalyeva M.E.</b> The relationship between individual characteristics of self-regulation and temperament traits in criminals with non-aggressive delicts .....	125
Information about the Journal.....	140

# ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 159.9 (048)

В.О. Куликов, Е.С. Курасов, В.К. Шамрей

## ФЕНОМЕН ТРАНСА В ПСИХОТЕРАПИИ (АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ)

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

Раскрывается проблема феномена транса в психотерапии. Анализируются литературные источники и фрагменты стенограмм различных психотерапевтических сессий с целью демонстрации формирования, а также проявления признаков трансового опыта у пациентов. Показано, что в ходе терапевтического процесса психотерапевты используют различные речевые стратегии, которые побуждают клиента «погрузиться» в естественное трансовое состояние. Выявлено, что состояние транса связано с инсайтом, предшествует ему, а также способствует возникновению ряда других психотерапевтических эффектов.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психотерапия, трансовое состояние, «естественный» транс, инсайт.

### Введение

Большинство современных исследователей едины во мнении, что транс – это состояние, которое характеризуется той или иной степенью изоляции внимания обыденного сознания от восприятия внешних сигналов [1, 3, 11, 19, 20]. В первую очередь при этом изменяется фокусировка внимания и оно концентрируется на внутренних психических процессах (мыслях, образах, воспоминаниях, представлениях и т. п.). В то же время, по отношению ко внешним стимулам оно становится расфокусированным (рассеянным) либо выборочным.

Независимо от психотерапевтического направления терапевт может наблюдать состояние транса у пациента на любом этапе психотерапевти-

---

Куликов Вячеслав Олегович – ассистент каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: kulikov.slava@mail.ru;

✉ Курасов Евгений Сергеевич – д-р мед. наук доц., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doc4678@mail.ru;

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: ShamreyV.K@yandex.ru.

ческого процесса. Это связано с тем, что транс представляет собой естественное состояние, которое может спонтанно возникать в повседневной деятельности индивидуума [6, 17]. В исследовании А.О. Прохорова и М.Г. Юсупова показано, что трансовое состояние, возникающее в естественных условиях, менее осознаваемо и рефлексивно. Возникновение и протекание подобного состояния характеризуется испытываемыми как «спонтанное», «самопроизвольное», связанное с погруженностью в себя, отрешенностью от внешнего воздействия, сопровождающееся искажением времени и увеличением визуальных образов [11]. Э. Росси сообщает, что человек спонтанно создает данное состояние примерно один раз в 90–120 мин. При этом исследователь считает, что естественный транс связан с одним из ультрадианных (сверхкоротких) ритмов жизнедеятельности мозга [21]. В свою очередь, «спонтанное» возникновение трансового состояния создает новый воспринимаемый мир, в котором пациенты могут изучить свои возможности и освободиться от привычных «блоков» и ограничений [17].

Как известно, в основе психотерапевтического процесса лежит коммуникация, где одним из основных способов взаимодействия психотерапевта с пациентом является беседа. Еще Сократ считал лучшим, что может сделать учитель (психотерапевт), – это задать человеку такие вопросы, которые вызовут к жизни имеющиеся у него знания (ресурсы). Такого же мнения придерживался Ф. Перлз: «...они (вопросы) отсылают его (человека) к собственным ресурсам, дают ему почувствовать собственную ответственность, предлагают воспользоваться собственными силами и средствами опоры на себя» [12]. Психотерапевты в своей работе всегда исходят из того, что истина, до которой человек дошел сам, намного дороже того, что ему рассказали другие. По мнению М. Эриксона и Э. Росси, в психотерапевтической работе вопросы особенно важны как форма коммуникации. Причем вопросы, на которые нельзя ответить осознанно, активируют бессознательные процессы и инициируют автономные ответы, являющиеся сущностью трансового поведения [17]. Если у человека имеется проблема привычных ограничений, то терапевтический эффект вопроса (либо его интерпретации) может появиться в моментальной нейтрализации этих ограничений в некой форме «психологического шока». Человек может переоценить ситуацию с помощью автономных процессов внутриспихического поиска, а сами бессознательные процессы пациента способствуют появлению какого-либо решения или реорганизации.

Таким образом, вопрос (либо интерпретация) психотерапевта, своевременно озвученный в ходе терапевтической встречи, побуждает пациен-

та погрузиться в естественный, спонтанный транс и как результат получить необходимый материал, который может сдвинуть терапевтический процесс с «мертвой точки». По нашему мнению, благодаря спонтанному возникновению «естественного» транса, возникают «действенные инсайты» (Рождерс К., 2015), при которых происходит «личностный рост» пациента. Ф. Перлз называл такое состояние «уходом в плодотворную пустоту», которое он сравнивал с трансовым [12]. Он считал, что во время «ухода» в такое состояние может возникнуть так называемое «ага-переживание», которое является одним из мощнейших инструментов исцеления в терапии. В это время пациенту могут прийти неожиданные решения, прозрения, внезапные вспышки понимания, которых он не ожидал.

Чаще всего трансовые состояния анализировались и описывались в контексте терапевтического или экспериментального гипноза либо измененного состояния сознания. Учитывая, что транс представляет собой естественное состояние, переживаемое каждым человеком в повседневной жизни, данное состояние может возникнуть и в ходе любого психотерапевтического процесса. Однако исследования, посвященные феномену транса в психотерапии, единичны.

*Цель* исследования – провести анализ литературы, посвященной возникновению и возможностям применения феномена транса в психотерапевтическом процессе.

### **Материал и методы**

В ходе исследования проанализировали литературные источники (монографии и научные статьи) и отобрали стенограммы психотерапевтических сессий различных психотерапевтических направлений (психодинамическое, экзистенциально-гуманистическое и др.). Для достижения поставленной цели выбрали следующие критерии:

1) применение психотерапевтом такой стратегии диалога, которая была ориентирована на смещение фокуса внимания клиента «вглубь себя» (что способствовало появлению трансового состояния);

2) содержание в стенограммах сессий комментариев, в которых были описаны объективные/субъективные признаки трансового состояния у пациента;

3) содержание ранее упомянутых критериев являлось «пусковым» (или ключевым) фактором в изменении динамики психотерапевтического процесса в сторону решения проблемы или осознания причины ее появления.

## Результаты и их обсуждение

Состояние транса, возникающее естественно, может оказывать на пациента благоприятное влияние даже без какого-либо дополнительного внушения. Так, Р.Д. Тукаев сообщает, что в основе биологического эффекта трансового состояния лежит реакция эустресса, а не отдельные суггестивные формулы и приемы [15]. Другими словами, во время «чистого» нахождения пациента в трансовом состоянии происходит изменение биологического гомеостаза из дистресса в сторону «нормального» стресса – эустресса. При этом в основе транса лежит естественная жизненная способность – расширение, раскрытие границ восприимчивости (эмпатия, импринтинг) и переживаний (экстаз, инсайт, катарсис) [7]. С. Гиллиген считает, что любой транс активизирует ресурсы личности, которые разобщены с актуальными переживаниями человека, с помощью редукции жестких когнитивных ограничений [6].

Следует отметить, что в различных психотерапевтических направлениях имеются техники, в основе которых лежит трансовое состояние. Так, М. Япко приводит фрагмент личной беседы с отцом когнитивной терапии А. Бекком: «...он (А. Бек) нисколько не колеблется, когда просит своих клиентов закрыть глаза, расслабиться и представить себе, как они с успехом пользуются новыми навыками поведения, которым обучаются. Он называет это “воображаемым успехом”. Однако по структуре это является индукцией на сосредоточение, во время которого он направляет человека в будущее, ассоциирует его с новым поведением или паттернами мышления в какой-то знакомой ситуации и способствует его отделению от старых неэффективных паттернов» [18]. В то же время можно обнаружить существование подобных явлений в других направлениях психотерапии, но с иными определениями и описаниями.

Как известно, состояние транса сопровождается рядом признаков, которые могут говорить как о начале возникновения транса, так и о нахождении человека в нем. Анализ работ, посвященных исследованию и описанию транса, позволяет выявить характерные объективные и субъективные его признаки, которые не вызывают противоречия у большинства исследователей в данной области. Объективными (внешними) проявлениями являются: неподвижность взгляда (фиксация его вдаль или вблизи), изменение характера дыхания (медленное и поверхностное), ослабление двигательной активности (вплоть до неподвижности), снижение мышечного тонуса («уплощение» черт лица), изменение окраски кожных покровов (покраснение либо бледность) и др. В свою очередь, субъективные («внутрен-

няя картина») проявления представлены расслабленностью, погруженностью в себя (сосредоточенностью сознания на внутренних ощущениях, переживаниях и др.), отвлеченностью от внешних раздражителей, усилением яркости и интенсивности переживаний, снижением активности, интенсивности и продуктивности психических процессов (в особенности ощущения, восприятия, представления, воображения, речи и памяти), проявлением тенденции к фантазированию и др. Поскольку состояние транса высоко индивидуализировано, то эти признаки у разных людей могут проявляться в разной степени и в различных сочетаниях [1, 3, 6, 10, 15, 17].

М. Эриксон и Э. Росси описали микродинамику трансового опыта: фиксация внимания, депотенциализация привычных рамок и систем убеждений, бессознательный поиск, бессознательный процесс и трансовый отклик [17]. Несмотря на то что данная парадигма применяется для анализа множества гипнотических подходов, вероятно, что отдельные проявления этого процесса довольно часто встречаются в различных психотерапевтических методиках. В результате у пациента развивается трансовое состояние, в ходе которого происходят как реорганизация внутреннего опыта, так и появление инсайта.

В ходе анализа стенограмм психотерапевтических сессий отмечается два основных способа возникновения «естественного» транса: 1) психологический «шок», замешательство, «удивляющий опыт», который прерывает или останавливает повседневную систему убеждений индивидуума; 2) целенаправленное смещение фокуса внимания вглубь себя для достижения терапевтических целей.

Психологический «шок» (замешательство) может мгновенно фиксировать внимание клиента и прерывать его привычный образ мышления. Происходит нарушение равновесия, которое депотенциализирует привычные ограничения пациента и дает возможность возникновению естественного транса. Так, для осознания пациентом «качества своего стыда» психоаналитик Р.Р. Гринсон высказал интерпретацию, которая повергла клиента в «замешательство»: «...на одном из сеансов его (клиента) ассоциации, связанные со сновидениями, показали мне, что он борется с чувствами унижения, которые мучили его, когда он был маленьким мальчиком, в возрасте 4–7 лет. На аналитическом сеансе его чувства сконцентрировались, главным образом, вокруг его ощущения стыда и замешательства, когда он был приглашен на состоявшийся недавно вечер, где произнес короткую речь и когда его жена взглянула на него так, будто он стоит голый в ванной. Я хотел, чтобы он осознал специфическое качество стыда, который

владел им во всех ситуациях. Я сказал ему: “Когда вы были введены на вечер, когда вы говорили речь и когда вы стояли обнаженным перед вашей женой в ванной, вы более не были профессором Х., или даже Джоном Х., вместо этого вы стали «пишер»”<sup>\*</sup>. Я использовал это слово потому, что его мать имела привычку так называть его, чтобы выразить свое презрение, когда его штанишки оказывались мокрыми. Этот инсайт попал в цель, пациент сначала был захвачен врасплох, но затем живо вспомнил несколько инцидентов, когда он чувствовал себя как “пишер”. Это не было ни интеллектуальным упражнением, ни поверхностной уступчивостью. Пациент пережил вновь тот ужасный стыд быть “пишер”, а также свою злобу на мать, которая так унижала его» [5].

На первый взгляд может показаться, что ничего необычного в этом фрагменте нет. Однако если его анализировать с точки зрения феномена транса, то в данном наблюдении можно выделить несколько примечательных вещей. Необходимо подчеркнуть, что пациент изначально был сосредоточен на внутреннем переживании («его чувства сконцентрировались главным образом вокруг его ощущения стыда и замешательства»), что может говорить о готовности появления спонтанного транса. Прежде чем психоаналитик озвучил свою интерпретацию, он признал актуальность опыта клиента («когда вы были введены на вечер, когда вы говорили речь...»). Такая речевая стратегия позволяет поддерживать собственное состояние транса индивидуума [4]. В дальнейшем психотерапевт депотенциализирует сознание клиента словом «пишер», которое не только вызвало замешательство и шок у последнего, но и послужило «пусковым» фактором для бессознательного поиска и процесса, в ходе которого произошел трансовый отклик – гипермнезия («...живо вспомнил несколько инцидентов, когда он чувствовал себя как “пишер”»). Таким образом, данный фрагмент наглядно демонстрирует, как за счет психологического «шока» у клиента развилось вполне «естественное» трансовое состояние в ходе психоанализа.

Известным является факт того, что поглощенность внутренними переживаниями также способствует развитию трансового состояния [6]. Во время терапевтического процесса у пациента может развиться спонтанное трансовое состояние, когда терапевт побуждает клиента направить свое внимание вовнутрь, на какое-то конкретное переживание или ощущение. Во фрагменте стенограммы демонстрационной сессии Ф. Перлза показано

---

<sup>\*</sup> «Пишер» – пиписька (*идиш*).

как можно побуждать индивидуума к развитию трансового опыта за счет смещения внимания вглубь себя.

*Фриц (Ф.).* <...> Уйти в себя так глубоко, как возможно. Можешь даже уйти из этой комнаты, а потом вернись и снова посмотри на нас. И посмотри, что происходит, когда ты переживаешь этот ритм.

*Пенни (П.).* Возвращение более приятно.

*Ф.* Продолжай. Снова закрой глаза. Уходи и каждый раз говори, куда ты уходишь. На пляж? В размышления? В ощущения мышечных напряжений? Потом снова возвращайся и говори, что ты осознаешь.

*П.* Я ощущаю себя более расслабленной. Я как будто, м-м, больше, я ухожу в себя. *(Пауза.)* Мне это надоело.

*Ф.* <...> Угу. Конечно же, это неприятно. <...> Закрой глаза. Уйди в себя. *(Пенни вздыхает).* В последний раз, когда ты уходила, ты обнаружила, что тебе надоело. Приятно ли твое ощущение скуки?

*П.* Неприятно.

*Ф.* Побудь с ним и расскажи нам, что неприятного в скуке.

*П. (Пауза).* Я чувствую фрустрацию. Я хочу что-то сделать.

*Ф.* Скажи это еще раз.

*П.* Я хочу что-то сделать. *(Пауза, закрывает глаза.)*

*Ф.* Теперь возвращайся. Что ты испытываешь, здесь и сейчас?

*П.* *(оглядывается).* Краски стали яркими.

*Ф.* Простота?

*П.* Краски яркие.

*Ф.* Это хороший признак. Это то, что мы в гештальтерапии называем «мини-сатори». Она начинает просыпаться. Замечаете? Мир становится реальным, а краски – яркими [12].

В данном примере видно, что терапевт неоднократно просит клиентку «закрыть глаза» и «уйти» в себя, даже «уйти из этой комнаты». Такие фразы произвольно побуждают клиентку погрузиться в «естественный» транс. Важно отметить, что с позиции гипнотерапии терапевт «поддерживает» трансовое состояние пациента с помощью косвенных внушений. Например, составное внушение («Уходи и каждый раз говори, куда ты уходишь») или открытое внушение («На пляж? В размышления? В ощущения мышечных напряжений?»). Косвенные формы внушений инициируют бессознательный поиск и облегчают протекание бессознательных процессов у человека. Свидетельством трансового состояния пациента может являться следующее: расслабленность, самопроизвольное закрытие глаз, усиление интенсивности восприятия («краски стали яркими»), а также характерное

действие после транса – это желание «оглядеться», т. е. происходила реориентация в состояние бодрствования. При этом может наблюдаться ряд других ее признаков: потягивание, моргание, изменение позы тела, зевота, облизывание губ, приглаживание волос, прикосновение к различным частям тела и т. д., которые показывают, что клиент переживал трансовый опыт [18].

В некоторых случаях терапевты могут последовательно задавать несколько вопросов клиенту, направленных на саморефлексию. При этом непроизвольно возникает «спонтанный» транс, который «открывает» доступ к глубоко значимому опыту и переживаниям. Так, из фрагмента стенограммы групповой терапии экзистенциальной ориентации, где были озвучены следующие вопросы одному из участников: «Знаком ли вам опыт признания со стороны других людей? Чувствовали ли вы когда-нибудь, что вас признают? Что вы чувствуете, когда получаете признание? Были ли значимые люди в вашей жизни, от которых вы не чувствовали признания или не видели, что вас признают? <...> И пока ты (терапевт) говорил, я начал погружаться очень глубоко внутрь себя, в прошлое, и я увидел маленького-маленького мальчика, постоянно чувствующего себя больным, отделенного от всего и абсолютно уверенного в том, что он не может быть признан...» [8].

При погружении индивидуума в трансовое состояние обычно возникает ряд определенных феноменов. В их числе – регрессия в прошлое (возрастная регрессия) с наплывом воспоминаний (гипермнезия). Переживание естественного трансового опыта позволило участнику группы осуществить глубокие трансформационные изменения в ходе дальнейшего прохождения групповой психотерапии.

Возникновение «естественного» транса может происходить также при обращении к парадоксальной логике «оба/и» состояния транса [6]. Это означает, что данная логика создает неконцентуальное и невербальное состояние ощущаемого единства. В связи с этим человек в трансе может одновременно ощущать себя и «здесь» и «там», и «частью» происходящего и «отдельно» от него и т. п. Таким образом, терапевт, побуждая клиента к диссоциации, вызывает у него спонтанный транс.

Анализируя следующий фрагмент стенограммы (работа с травмой) с точки зрения трансового опыта, необходимо также отметить, что в ходе данной терапии был сформирован соматический ресурс – ощущение тепла («поглаживание» колена), что у клиента ассоциировалось с приятными детскими воспоминаниями.

*Пациентка (П).* У меня ощущение, что внутри меня – там черный лизун... Он пугает меня, когда он появляется, то мне очень плохо.

*Терапевт (Т).* Сейчас этот лизун с вами?

*П.* Да.

*Т.* Попробуйте продолжать наблюдать за его образом.

*(Пациентка сидит некоторое время неподвижно, постоянно поглаживая колени.)*

*Т.* Какое ощущение в коленях?

*П.* Тепло.

*Т.* Продолжайте чувствовать тепло и наблюдать, как меняется образ лизуна.

*П.* Мне кажется, что он как будто становится меньше, он боится.

*Т.* Как на это откликаются ваши ощущения в груди?

*П.* Уже не барабанит, но боль немного осталась.

*Т.* Продолжайте наблюдать за ним... он боится, когда вы наблюдаете за ним... *(Какое-то время пациентка продолжает наблюдать, закрыв глаза и поглаживая колени.)*

*П.* Он исчез.

*Т.* Какие чувства пришли к вам?

*П.* В груди появилась легкость. *(Она открыла глаза.)* У меня ощущение, что я все вижу как-то по-другому, и вы изменились, стали как будто радостней. В груди легко [9].

Для того, чтобы отреагировать на предложение терапевта («попробуйте продолжать наблюдать за его образом»), пациент погружается в естественный транс, чтобы объединить соотносимые понятия («это» и одновременно «то»). Учитывая, что он выполняет несколько действий сразу: наблюдает за метафорой (симптом) и контактирует с соматическим ресурсом (тепло, приятные воспоминания), можно сказать, что клиент одновременно и «здесь» (наблюдение), и «там» (ресурс). Это приводит к тому, что клиент «поддерживает» собственный транс с помощью феномена диссоциации. В то же время у клиента отмечаются как объективные проявления трансa: неподвижность и стереотипное движение рукой (поглаживание), так и субъективные: изменение интенсивности восприятия («я все вижу как-то по-другому, и вы изменились»), хорошее самочувствие («в груди легко»). Индивидуумы, находящиеся в состоянии трансa, как правило, полностью погружены в мир ощущений, а не понятий. Причем такой чувственный способ переработки информации позволил клиенту установить более глубокие связи с собственными ресурсами.

Таким образом, по нашему мнению, пациент в ходе психотерапии может погружаться в «естественный» транс, чтобы с его помощью отказаться от некоторых ограничений своего общего повседневного взгляда на действительность, стать восприимчивыми к новому и творчески создавать свой внутренний мир.

Отдельного рассмотрения заслуживает то, как состояние трансa связано с инсайтом, возникающим в ходе терапевтического процесса. При этом необходимо дать описание предназначения трансaвого опыта и инсайта, чтобы показать, насколько они могут быть одновременно схожи и различны. По мнению М. Эриксона и Э. России, «транс является периодом, во время которого пациенты могут вырваться из своих привычных рамок и систем убеждений, чтобы ощутить внутри себя другие паттерны поведения» [17]. К. Роджерс писал: «...инсайт означает реорганизацию поля восприятия. Это интеграция накопленного опыта. Он означает переориентацию своего “Я”. Все эти утверждения, скорее всего, являются истинными. Все они ясно подчеркивают тот факт, что инсайт, по существу, – это новый способ восприятия. Иначе говоря, возникает несколько типов восприятия, которые и объединяются нами в понятие инсайт» [13].

Таким образом, с помощью трансa и инсайта индивид может обрeтать какое-то новое восприятие самого себя, в чем, по нашему мнению, заключается их основная схожесть. В то же время, трансaвый опыт – это «пространство», которое открывает доступ к внутреннему миру индивидуума, тогда как инсайт – это информация восприятия индивидуумом новых смыслов своего собственного опыта (бытия), возможность увидеть новые взаимосвязи причин и следствий и обрести новое понимание того значения, которое имеют возникающие симптомы.

В эмпирическом исследовании инсайта, проведенном Т.В. Семеновой, приняли участие 45 студентов, которым была предложена анкета с вопросами, помогающими описать инсайт как состояние сознания. Ответы на вопросы анкеты анализировались методом сопоставления содержательных единиц. Один из вопросов в анкете звучал так: «Различны ли состояния инсайта и задумчивости? Поясните». При этом пояснения были следующие: «Задумчивость – это процесс, который предшествует инсайту», «Задумчивость – это один из факторов, который вызывает инсайт» и т. п. [14].

Как известно, задумываясь, индивидуум «погружается» вглубь себя. При этом он отключается от внешних раздражителей и сосредоточивается на внутренних ощущениях, переживаниях и других объектах. В отношении этого Ф. Перлз говорил: «Уходя в себя, мы всегда что-то обнаруживаем»

[12, с. 194]. Так, в следующем фрагменте стенограммы после «ухода в себя», задумчивости, у клиента появляется инсайт, который, по мнению авторов, свидетельствует о появлении «опыта бытия».

*Т.* Может быть, вспомните еще подобное переживание?

*К.* Да... (*Взгляд ее ушел в себя, лицо осветила легкая улыбка – будто что-то чудесное медленно оживало в ней.*) Да. Что-то подобное я переживала в раннем детстве, когда рвала цветы вдоль железной дороги. Узнав про это, бабушка отхлестала меня крапивой. Раскаяния не было никакого. Я продолжала поступать по-своему. Я не могла объяснить ей, зачем я хожу туда, но я точно знала, что мне так надо. Мне туда было надо! Было чувство, будто это место зовет меня. Сейчас-то я думаю, что влекли меня, конечно, не цветы, а сама я, вернее, то, что случалось там со мной. Я помню, как хорошо мне там было. Необычайно хорошо! И в это хотелось вновь и вновь погружаться [3].

В следующем фрагменте стенограммы ее автор хорошо описывает состояние клиентки до того, как у нее возник инсайт. Так, во время терапевтического процесса (проблема лично значимого выбора) психотерапевт попросил клиентку взвесить все «за» и «против» по каждой альтернативе и озвучивать свои размышления вслух. В результате у клиентки возникает «ценностный инсайт». Однако прежде чем возник инсайт, у клиентки наблюдались признаки трансового состояния. «Практически “ни с того ни с сего” после 5-секундной паузы речь клиентки замедляется, меняется голос, выражение лица становится более задумчивым, взгляд более глубоким, как бы в себя» [16]. Таким образом, вначале клиент спонтанно погрузился в «естественный» транс, и лишь потом у него возник инсайт.

После описания нескольких фрагментов стенограмм сеансов различных направлений психотерапии можно сказать, что состояние транса и инсайта неразрывно связаны между собой и общая их цель – это мощный стимул для развития нового отношения человека. При этом состояние транса зачастую предшествует появлению инсайта. В свою очередь, как было продемонстрировано выше, наиболее эффективны те инсайты, в результате которых трансовое состояние возникало спонтанно и естественно. Можно сказать, что инсайт возникает из трансового состояния, которое возникает при хорошо сформированном терапевтическом альянсе (рисунк).



### Взаимосвязь состояния транса и инсайта

Благодаря атмосфере свободы, спонтанности и эмпатии между терапевтом и пациентом последний может «уйти в себя», погрузиться в «естественный» транс и ясно взглянуть на себя и свои проблемы. Тогда полученный инсайт будет не только наиболее ценным для клиента, но и станет развиваться по собственной его инициативе.

### Заключение

Подводя итоги анализа феномена транса в психотерапии, можно сделать следующие выводы.

Во-первых, «естественный» транс может возникнуть на любом этапе психотерапевтического процесса. Об этом говорит тот факт, что у клиентов наблюдаются различные признаки трансового опыта, как объективные, так и субъективные.

Во-вторых, психотерапевты разных направлений используют (порой, непреднамеренно) такие речевые стратегии, как психологический «шок» (замешательство) и смещение фокуса внимания «вглубь себя», вследствие чего у пациентов может возникнуть спонтанное «погружение» в трансовое состояние.

В-третьих, феномен транса зачастую взаимосвязан с инсайтом. Проведенное исследование показало, что возникновению инсайта предшествует трансовое состояние, которое выступает в роли «пространства» для возможности получения доступа к необходимой информации. При этом «естественный» транс и инсайт являются для пациента ценным опытом, который играет положительную роль в разрешении или понимании проблемы в ходе психотерапии.

Таким образом, феномен транса можно отнести к одному из важнейших лечебных факторов любой психотерапевтической парадигмы.

### Литература

1. Ахметов Т.И. Гипноз : новейший справочник – Ростов н/Д : Феникс, 2010. – 608 с.

2. Буякас Т.М. Встреча с «опытом бытия» как случай в инициальной терапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 4. – С. 33–47.
3. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М. : Психотерапия, 2015. – 357 с.
4. Гордеев М.Н., Гордеева Е.Г. НЛП в психотерапии. – 2-е изд. – М. : Психотерапия, 2008. – 272 с.
5. Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа. – Воронеж : НПО МОДЭК, 1994. – 491 с.
6. Гиллиген С. Терапевтические трансы: руководство по эриксоновскому гипнозу. – М. : Психотерапия, 2011. – 448 с.
7. Кабрин В.И. Транскоммуникативная холодинамика психологического универсума личности («стресс-транс-формация») // Вестн. Томск. гос. ун-та. – 1999. – № 268. – С. 115–120.
8. Лэнгле А., Уколова Е.М., Шумский В.Б. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования. – М. : Логос, 2014. – 556 с.
9. Мазур Е.С., Гайда Е.Я. Случай работы с психической травмой // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 4. – С. 68–86.
10. Прохоров А.О., Бехтерева В.Д., Киселев О.В. Состояние транса и его проявления в зависимости от специфики повседневной жизнедеятельности субъекта // Вестник мордовского университета. – 2011. – № 2. – С. 90–96.
11. Прохоров А.О., Юсупов М.Г. Повседневное трансное состояние: феноменология и закономерности // Психол. журн. – 2012. – Т. 33, № 1. – С. 88–100.
12. Перлз Ф. Гештальтподход и свидетели терапии. – М. : Акад. проект : Гаудеамус, 2015. – 207 с.
13. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в психологической практике. – М., 2015. – 200 с.
14. Семенова Т.В. Инсайт и созерцание в социально-психологических измерениях сознания // Поволж. пед. вестн. – 2014. – № 1. – С. 82–90.
15. Тукаев Р.Д. Механизмы и методы клинической гипнотерапии. – М. : Мед. информ. аг-во, 2006. – 448 с.
16. Филоник М.С. Ценностные основания личностно значимого выбора: анализ случая // Консультативная психология и психотерапия. – 2011. – № 1. – С. 156–180.
17. Эриксон М., Росси Э. Гипнотерапия: случаи из практики. – М. : Психотерапия, 2013. – 528 с.
18. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. – М. : Класс, 2012. – 352 с.
19. Япко М. Трансовая работа: введение в практику клинического гипноза. – М. : Психотерапия, 2013. – 720 с.
20. Kallio S., Hyönlä J., Revonsuo A., Sikka P., Nummenmaa L. (2011) The Existence of a Hypnotic State Revealed by Eye Movements // PLoS ONE. – 2011. – Vol. 6, N 10. – P. e26374.
21. Rossi E.L. The chronobiological theory of therapeutic suggestion: Towards a mathematical model of Erickson's naturalistic approach // Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy : Hypnosis International Monographs. Number 1. – Munich, 1995. – P. 63–86.

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

Поступила 28.07.2017

**Для цитирования.** Куликов В.О., Курасов Е.С., Шамрей В.К. Феномен транса в психотерапии (анализ состояния проблемы) // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 7–22.

---

## THE PHENOMENON OF TRANCE IN PSYCHOTHERAPY (ANALYSIS OF THE PROBLEM)

**Kulikov V.O., Kurasov E.S., Shamrey V.K.**

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

Vyacheslav Olegovich Kulikov – associate of department, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: kulikov.slava@mail.ru;

✉ Eugeny Sergeevich Kurasov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doc4678@mail.ru;

Vladislav Kazemirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: ShamreyV.K@yandex.ru.

**Abstract.** The article is devoted to the problem of the phenomenon of trance in psychotherapy. Literary sources and fragments of transcripts of various psychotherapeutic sessions are analyzed to demonstrate the formation, as well as the manifestation of signs of transient experience in patients. It is shown that during the therapeutic process, psychotherapists use various speech strategies that encourage the client to "immerse" into a natural trance state. It is revealed that the state of trance is associated with insight, precedes it, and contributes to the emergence of many other psychotherapeutic effects.

**Key words:** clinical (medical) psychology, psychotherapy, trance state, «natural» trance, insight.

### References

1. Akhmetov T.I. Gipnoz : noveishii spravochnik [Hypnosis: The Latest Guide]. Rostov na Donu. 2010. 608 p. (In Russ)
2. Buyakas T.M. Vstrecha s «opytom bytiya» kak sluchai v initsial'noi terapii [Meeting with the "experience of being" as a case in initial therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2010. N 4. Pp. 33–47. (In Russ)

3. Gordeev M.N. Fundamental'noe rukovodstvo po eriksonovskomu gipnozu [A fundamental guide to Ericksonian hypnosis]. Moskva. 2015. 357 p. (In Russ)
4. Gordeev M.N., Gordeeva E.G. NLP v psikhoterapii [NLP in Psychotherapy]. Moskva. 2008. 272 p. (In Russ)
5. Grinson R.R. Tekhnika i praktika psikhoanaliza [The technique and practice of psychoanalysis]. Voronezh. 1994. 491 p. (In Russ)
6. Gilligen S. Terapevticheskie transy: rukovodstvo po eriksonovskomu gipnozu [Therapeutic Trances: A Guide to Ericksonian Hypnosis]. Moskva. 2011. 448 p. (In Russ)
7. Kabrin V.I. Transkommunikativnaya kholodinamika psikhologicheskogo universuma lichnosti («stress-trans-formatsiya») [Transcommunicative refrigeration of the psychological universe of personality ("stress-trans-formation")]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State University]. 1999. N 268. Pp. 115–120. (In Russ)
8. Lengle A., Ukolova E.M., Shumskii V.B. Sovremenniy ekzistsentsial'nyi analiz: istoriya, teoriya, praktika, issledovaniya [Modern existential analysis: history, theory, practice, research]. Moskva. 2014. 556 p. (In Russ)
9. Mazur E.S., Gaida E.Ya. Sluchai raboty s psikhicheskoi travmoi [Case of work with mental trauma]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2010. N 4. Pp. 68–86. (In Russ)
10. Prokhorov A.O., Bekhtereva V.D, Kiselev O.V. Sostoyanie transa i ego proyavleniya v zavisimosti ot spetsifiki povsednevnoi zhiznedeyatel'nosti sub"ekta [The state of trance and its manifestation depending on the specificity of the daily life of the subject]. *Vestnik Mordovskogo universiteta* [Bulletin of the Mordovian University]. 2011. N 2. Pp. 90–96. (In Russ)
11. Prokhorov A.O., Yusupov M.G. Povsednevnoe transovoe sostoyanie: fenomenologiya i zakonomernosti [Everyday trance state: phenomenology and patterns]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2012. Vol. 33, N 1. Pp. 88–100. (In Russ)
12. Perlz F. Geshtal'tpodkhod i svideteli terapii [Gestalt approach and witness therapy]. Moskva. 2015. 207 p. (In Russ)
13. Rodzhers K.R. Konsul'tirovanie i psikhoterapiya. Noveishie podkhody v psikhologicheskoi praktike [Counseling and psychotherapy. The latest approaches in psychological practice]. Moskva. 2015. 200 p. (In Russ)
14. Semenova T.V. Insait i sozertsanie v sotsial'no-psikhologicheskikh izmereniyakh soznaniya [Insight and contemplation in the socio-psychological dimensions of consciousness]. *Povolzhskii pedagogicheskii vestnik* [Povolzhsky Pedagogical of Bulletin]. 2014. N 1. Pp. 82–90. (In Russ)
15. Tukaev R.D. Mekhanizmy i metody klinicheskoi gipnoterapii [Mechanisms and methods of clinical hypnotherapy]. Moskva. 2006. 448 p. (In Russ)
16. Filonik M.S. Tsennostnye osnovaniya lichnostno znachimogo vybora: analiz sluchaya [Value bases of personally significant choice: case analysis]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2011. N 1. Pp. 156–180. (In Russ)
17. Erikson M., Rossi E. Gipnoterapiya: sluchai iz praktiki [Hypnotherapy: cases from practice]. Moskva. 2013. 528 p. (In Russ)

18. Erikson M., Rossi E., Rossi Sh. Gipnoticheskie real'nosti: navedenie klinicheskogo gipnoza i formy kosvennogo vnusheniya [Hypnotic realities: the guidance of clinical hypnosis and the form of indirect suggestion]. Moskva. 2012. 352 p. (In Russ)

19. Yapko M. Transovaya rabota: vvedenie v praktiku klinicheskogo gipnoza [Trance work: the introduction of clinical hypnosis]. Moskva. 2013. 720 p. (In Russ)

20. Kallio S., Hyönä J., Revonsuo A., Sikka P., Nummenmaa L. (2011) The Existence of a Hypnotic State Revealed by Eye Movements. *PLoS ONE*. 2011. Vol. 6, N 10. Pp. e26374. (In Russ)

21. Rossi E.L. The chronobiological theory of therapeutic suggestion: Towards a mathematical model of Erickson's naturalistic approach. Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy : Hypnosis International Monographs. Number 1. Munich. 1995. Pp. 63–86. (In Russ)

Received 28.07.2017

**For citing:** Kulikov V.O., Kurasov E.S., Shamrei V.K. Fenomen transa v psikhoterapii (analiz sostoyanii problemy). *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 7–22. (In Russ.)

Kulikov V.O., Kurasov E.S., Shamrey V.K. The phenomenon of trance in psychotherapy (Analysis of the problem). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 7–22.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИК ОСОЗНАННОСТИ (MINDFULNESS) В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Использование когнитивно-поведенческой терапии является перспективным и быстро развивающимся методом, обладающим широкой доказательной базой и, в силу этого, обоснованно включаемым исследователями в интегративную терапевтическую программу при лечении больных шизофренией. Однако при этом все чаще в терапевтических протоколах основные техники когнитивно-поведенческой терапии, уже ставшие классическими, дополняются новыми приемами, которые обосновываются необходимостью содержательно нового представления о методике и специального учета в связи с этим таких психотерапевтических мишеней, как «управление вниманием», «децентрация», «принятие», «не реагирование» и многие другие. Все эти характеристики объединяются исследователями в понятие «осознанность». В данной статье изложена концепция техник осознанности, а также рассмотрена возможность их применения в структуре других подходов, используемых при терапии больных шизофренией.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, когнитивно-поведенческая психотерапия, шизофрения, осознанность, психиатрия.

### **Введение**

Один из первых разработчиков осознанности Джон Кабат-Зинн определяет осознанность как процесс целенаправленного обращения внимания терапевта на имеющийся у людей текущий опыт безоценочности [29], принятия ими внутреннего и внешнего опыта, разворачивающегося от момента к моменту их жизненного бытия и представляющий собой важную мишень психотерапевтических усилий. В дальнейшем безоценочность

---

Клайман Василий Олегович – клинич. психолог, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: v.o.klaiman@gmail.com;

✉ Еричев Александр Николаевич – канд. мед. наук, вед. науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: erichevalex@gmail.com;

Коцюбинский Александр Петрович – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: ak369@mail.ru.

многими исследователями стала рассматриваться как центральная часть в интеграции психотерапевтических подходов, ознаменовав начало «третьей волны» в развитии представлений о когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Закономерным развитием такого подхода явилось включение в научный арсенал представлений об осознанности, которая была включена в КПТ как одна из терапевтических стратегий, дав начало такому направлению, как основанная на осознанности когнитивная терапия (Mindfulness based cognitive therapy, МВСТ) [39]. В рамках «третьей волны» получили свое обоснование такие направления, как терапия принятием и взятием ответственности (Acceptance and commitment therapy, АСТ); терапия, основанная на сострадании (Compassion focused therapy, СFT); диалектико-поведенческая терапия (Dialectical bibehavioral therapy, DBT) и многие другие.

Важно отметить, что все чаще осознанность используется как дополнение к терапевтическим усилиям, направленным на формирование у пациентов определенной «экспозиции» по отношению к имеющимся недугам. В этом случае столкновение человека со своими стрессорными мыслями, эмоциями и/или различным опытом (таким, например, как галлюцинации без реакции на них, а с интенцией «дать им идти своим чередом»), способствует расширению экспозиции и позволяет ему бороться с избегающим поведением, которое фундируется страхами и руминированием [51]. Осознанная пациентом децентрированность и наблюдение за собственным опытом облегчают ему восприятие мыслей как ментальных явлений в широком смысле. Это позволяет занять пациенту метакогнитивную позицию по отношению к любому рода когнитивным искажениям и не застревать на оценивании и обдумывании своего опыта. В результате осознание и принятие мыслей, эмоций, образов, звуков (в том числе звуковых галлюцинаций) позволяет больному снизить интенсивность самокритики, самообвинений, интернализированной самостигматизации, которые очень часто встречаются у людей с психотическими расстройствами [51]. Таким образом, осознанность является альтернативой таким малоадаптивным способам реагирования, как навязчивое обдумывание повторяющихся мыслей, не приводящее к решению проблемы (руминирование), катастрофизация и беспокойство. Основанные на осознанности техники позволяют больным с психотическими расстройствами снизить уровень дистресса и более полно вовлечься в значимую активность для достижения значимых жизненных целей [23].

Сказанное определяет, что главный принцип осознанности – это отношение к мыслям как к ментальным явлениям, а не как к отражению объ-

активной реальности [43]. Принимая во внимание данное положение, можно предположить, что децентрированное отношение к мыслям может снизить интенсивность содержательно негативных паттернов мышления, которые сопровождают и подкрепляют психотические переживания [44]. Также децентрация способствует изменению отношения пациентов к своим психотическим переживаниям.

Важно отметить, что исследования механизмов экспозиции и интервенций, основанных на экспозиции, позволили сделать вывод, что очень часто значение имеет не фактическое содержание мысли, а та функция, которую она исполняет [5, 48]. Исследователи, относящиеся к «третьей волне», как раз и уделяют особое внимание контексту и функции психологического феномена и, как следствие, делают акцент на обусловленные этим обстоятельством контекстуальные стратегии модификации психотерапевтических подходов. По этой причине подходы и методы «третьей волны» могут быть особо полезны в работе с психотическими расстройствами.

В контексте методов терапии, основанных на осознанности, цели работы с психотическими расстройствами поменялись с контроля и изменения нежеланных мыслей и эмоций (как при классической КПТ с непсихотическими пациентами) на наблюдение, принятие, понимание и их исследование. Несомненно, в работе с психотическими расстройствами также важны такие мишени, как социальная и трудовая реабилитация, снижение уровня стресса, работа с личными целями и ценностями пациентов, улучшение качества и увеличение значимости их жизни. Однако терапевтические изменения при «осознанности» происходят в процессе работы над перечисленными выше целями, а не в результате достижения этих целей. Этот акцент на процесс деятельности, а не на результат, является важным элементом и ключом к пониманию механизмов работы по осознанности.

Рассмотрим применение и адаптацию терапии принятия и взятия ответственности АСТ [26], как одного из наиболее быстроразвивающихся подходов КПТ третьей волны, к расстройствам психотического спектра. Прежде всего стоит обратить внимание на некоторые теоретические положения данной терапии. С позиции АСТ, психологические проблемы возникают у пациента тогда, когда процесс мышления и продукт мышления соединяются в одно. Так называемый процесс «когнитивного слияния» приводит к тому, что мысли становятся функционально эквивалентны реальным событиям [9]. К примеру, параноидная мысль «за мной наблюдают» воспринимается не просто как мысль, а переживается как реальный опыт слежки. Такое когнитивное слияние имеет пагубные последствия, так

как провоцирует избегающее поведение, постоянно подкрепляя его возникшими стрессорными мыслями [27], приобретающими характер повторяющихся, навязчивых переживаний, «застревающих» в сознании пациента. И так, с учетом того, что когнитивное слияние провоцирует застреваемость на негативных мыслях (так называемую когнитивную ригидность) и экспериенциальное избегание, цель АСТ можно представить как развитие психологической гибкости. Построение этой психологической гибкости основано на следующих положениях:

- принятие – как противоположность экспериенциального избегания;
- когнитивное разделение – как противоположность когнитивного слияния;
- связь с текущим моментом – как противоположность погруженности в «мыслительную жвачку» о прошлом или беспокойстве о будущем;
- формирование Я-наблюдателя – как противоположность Я-созерцателя;
- ориентированность на ценности – как противовес ориентированности на избегание;
- активность по отношению к ценностям – как противоположность бездействию, импульсивности, избеганию.

В рамках АСТ ценности являются основой поведенческой активации, принятия и когнитивного разделения. Ценность понимается не как жизненная цель, а как процесс или качество процесса, который определяют жизненную цель [13]. Именно поэтому данный вид терапии и называется «терапией взятием обязательств»: пациенты берут на себя ответственность, обязательства по отношению к своим жизненным ценностям и стараются действовать в соответствии с ними [25]. С помощью этих действий пациент может выстроить более широкий и гибкий репертуар психологического и поведенческого реагирования [24]. Более того, ценностно ориентированные действия служат способом снизить дистресс, вызванный избеганием эмоционального опыта и когнитивным слиянием.

Таким образом, АСТ одновременно ориентирована на принятии и изменения. Несмотря на то что доказательства эффективности АСТ при терапии психозов имеют некоторые ограничения, в целом имеющиеся наблюдения представляются довольно убедительными. Ряд исследований показывает, что терапия принятием и взятием обязательств у людей с психотическими расстройствами повышает критичность к психотическому опыту, снижает выраженность депрессивной симптоматики, повышает уровень осознанности, снижает риск рецидива [2, 3, 16, 17, 50].

Рассмотрим еще один вид терапии «третьей волны», успешно применяемой для психотических расстройств: терапию, основанную на сострадании (CFT). В рамках CFT предполагается, что люди, имеющие в анамнезе насилие, отвержение и/или пережившие издевательства в школе и, как следствие, имеющие высокий уровень самокритики и стыда, часто не очень преуспевают при проведении терапии и не чувствуют себя в безопасности при межличностном взаимодействии [19, 20]. Важно отметить, что стыд и самокритика провоцируют малоадаптивные паттерны мышления и поведения, которые обостряют содержательно негативные переживания, включая, в том числе, и обусловленным психотическим характером заболевания [17]. В течение времени самообвинение и самокритика этих пациентов начинают подменять собой эмпатию, открытость, чувствительность, толерантность к стрессу [20]. В контексте CFT сострадание представляет собой определенные навыки и атрибуты, которые включены в понятие «сострадающий разум» [20]. Тренировка сострадающего разума включает в себя техники, способствующие осознанию того, как происходит интеракция человека с самим собой, и снижающие уровень самокритики. И вновь осознание и принятие играет при таком подходе одну из ключевых ролей.

Существуют достаточно убедительные теоретические основания использования CFT при психотических расстройствах. Например, было показано, что тяжесть психотического расстройства положительно коррелировала с интенсивностью самокритики и негативного восприятия себя, в частности – при аффективных расстройствах [41]. Более того, обнаружено, что у психотических больных увеличение самокритики предшествует рецидиву заболевания [22]. Также достойно внимание наблюдение, что часто содержание аудиальных галлюцинаций психотических больных отражает негативную динамику их межличностного взаимодействия в повседневной жизни [41]. Количество исследований эффективности терапии, основанной на сострадании и тренировке сострадающего разума, продолжает увеличиваться. Лайтвйт с коллегами [34] на небольшой выборке показали, что годовой курс терапии с интеграцией в нее тренинга CFT оказал значимое влияние на такие параметры, как социальные сравнения, настроение, выраженность стыда и уровень самооценки пациентов. В другом исследовании были установлены имеющиеся в этом случае значительные клинические улучшения, в частности – корреляция изменения уровня сострадания со снижением уровня депрессивной симптоматики и снижением уровня социальной маргинализации [6].

Таким образом, вышеназванные подходы и их техники эффективно используются при терапии психотических расстройств. Существует множество исследований, результаты которых указывают на то, что терапия на основе осознанности для больных психотическими расстройствами позитивно влияет на психическое здоровье и подкрепляет способность пациентов более спокойно и осознанно реагировать на внешние и внутренние стрессорные стимулы [1, 7, 8, 35, 36].

Теоретический анализ Davis и Kurzban [11] показал, что интервенции, основанные на осознанности, могут успешно использоваться для влияния на дистресс, связанный с симптомами и самостигматизацией, которые значительно выражены у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями и, в силу этого, особенно восприимчивыми к социальному отвержению и межличностному стрессу. Посредством обучения навыкам управления вниманием осознанность позволяет пациентам лучше регулировать свои эмоции, увеличивать число позитивных переживаний, снизить количество негативного опыта, а также частоту дезадаптивных автоматических эмоциональных ответов [21, 28, 32, 45, 46]. Принятие играет критическую роль в когнитивном аспекте эмоциональной регуляции, т. е. в осознанном и рациональном способе обращаться с поступающей эмоционально заряженной информацией [15, 46]. Например, пациент, страдающий психозом, может в результате терапевтических усилий научиться принимать появление пугающих его эмоций в ситуации стресса. Сострадание активирует систему самоуспокоения, увеличивает число позитивных переживаний (таких как надежда, оптимизм, тепло, удовлетворенность, любовь и доброта) и снижает негативные эмоции – стыд, страх и безнадежность [41]. Показано, что все психотерапевтические интервенции, основанные на осознанности, используют стратегии для регуляции эмоций, а эмоциональная регуляция предполагается центральным звеном вмешательства при работе с больными, страдающими психозами [31].

Кроме того, одной из инвалидирующих особенностей шизофрении является низкая нейрокогнитивная производительность, которая является относительно устойчивой к воздействию фармакотерапии. Исследования показывают, что техники осознанности значительно улучшают когнитивные функции (в частности, внимание и память) у здоровой популяции [38]. Дополнительно к этому можно отметить, что результаты пилотных исследований показывают, что и при психозах осознанность не только способствует повышению настроения, снижению уровня стресса, выраженности тревоги, депрессии, бредовых идей, но и оказывает положительное влия-

ние на оперативную и рабочую память (наиболее поврежденные функции при шизофрении), на вербальное и невербальное научение, а также на внимание [40].

### **Техники осознанности, используемые при психотерапии больных шизофренией**

Рассмотрим ряд наиболее используемых и изученных техник осознанности, применяемых при работе с больными шизофренией. Техники осознанности обычно делятся на два типа: так называемые формальные и неформальные практики [30]. Рассмотрим формальные практики, которые составляют основу интервенции.

1. Техника концентрации на ощущениях в теле пациента. Как известно, сильные эмоции часто отражаются в телесных ощущениях. Обучение пациентов наблюдению за ощущениями в теле с децентрированной позиции позволят им лучше замечать и распознавать свои эмоциональные реакции и научиться принимать их без подавления или отстранения [39]. В ходе данной техники пациентам предлагается концентрировать свое внимание на разных частях тела, просто замечая все ощущения или их отсутствие. Важной частью любой практики осознанности является валидация того, что внимание не может концентрироваться долго на одном объекте, вследствие чего происходит переключение с объекта концентрации на внешние или внутренние стимулы. Пациентов поощряют плавно, без критики и без самообвинений, вернуться к объекту концентрации.

2. Техника концентрации внимания на дыхании. Данная техника является подводящей для техники концентрации на эмоциях и когнициях [37]. В ней пациентам предлагается развить навык концентрации на одном единственном объекте, в частности – на ощущениях, происходящих от вдохов и выдохов. Важным акцентом является интенция не менять и не контролировать дыхание, а просто наблюдать за автоматическим процессом дыхания, что учит пациентов принятию и децентрации.

3. Техника «осознанная ходьба». Данная техника служит переходом от формальной практики к использованию осознанности в повседневной жизни. Пациенту предлагается обратить все свое внимание на процесс ходьбы и на те ощущения, которые возникают в теле при ходьбе. Предлагаемая практика идеально встраивается в повседневный опыт пациента, давая ему возможность практиковать осознанность вне терапевтических групп.

4. Пожалуй, самой сложной техникой осознанности и самой важной для принятия своих мыслей и эмоций является техника концентрации на внутренних переживаниях. Ее изучению обязательно предшествует техника концентрации на дыхании и ощущения в теле [37]. Задача пациентов: наблюдать за мыслями и эмоциями, не контролируя их, то есть без вовлечения и отстранения. Основная идея этой техники – дать понять пациентам, что они сами могут выбирать, как реагировать на свои эмоции и куда направлять свое внимание. Эта техника позволяет проверить свои убеждения о том, что имеющиеся у него негативные эмоции невыносимы и их необходимо подавлять [49].

5. Последнее упражнение из формальных практик, на которое стоит обратить внимание и которое часто используется в работе с больными шизофренией, представляет собой скорее способ реагирования на стресс, копинг-стратегию, нежели изолированное обучающее упражнение. Техника «Трехступенчатое дыхание» была разработана Сигалом и коллегами [39] в рамках к МВСТ и представляет собой генерализацию всех навыков осознанности. В ходе данной техники пациент обучается более осознанно относиться к стрессорным событиям повседневной жизни и выбирать фокус внимания и способ реагирования в реальных жизненных ситуациях.

Рассмотрим часть неформальных практик. Основная идея неформальных практик – это привнесение осознанности в реальную жизнь, более внимательное отношение к своим привычкам.

1. Одной из самых популярных неформальных практик является техника осознанного питания. Суть ее заключается в полном погружении в процесс принятия пищи с целью прислушаться, осознать и понять: самые простые быденные вещи могут стать интересными, если обращать на них внимание. Важным представляется, тот факт, что ряд исследований показал, что с помощью этой техники можно уменьшить тенденцию к перееданию. Иначе говоря, техника полезна для снижения и контроля массы тела, успешно используется для работы с нарушением пищевого поведения и при работе с диабетом второго типа [4, 10, 14, 33, 42]

2. Техника концентрации внимания на звуках – в принципе является вариантом техники концентрации на дыхании, однако касается объекта концентрации, находящегося снаружи, а не внутри индивида. Использование пациентом этой техники происходит вскоре после применения техники концентрации внимания на дыхании. Она также входит как составная часть в технику концентрации на внутренних переживаниях. Данная техника считается важной для восприятия пациентами звуков (как просто зву-

ков, не несущих в себе никакой угрозы и в силу этого – не способных навредить пациенту). Такое отношение пациента, страдающего шизофренией, существенно снижает уровень его дистресса от аудиальных галлюцинаций [51].

Все вышеупомянутые техники используются и в оригинальном курсе MBSR (основанное на осознанности снижение стресса) [30], и применяются для терапии больных шизофренией с необходимыми ограничениями и модификациями. Такими модификациями являются: сокращенное время выполнения техники (максимум – до 15 мин), выполнение упражнений с открытыми глазами и – наиболее важное – сопровождение выполнения упражнений простыми инструкциями без употребления сложных сравнений, переносных смыслов и красочных метафор [12].

### **Заключение**

Техники осознанности являются важным компонентом когнитивно-поведенческой терапии в восстановительном лечении психотических больных. Значительное количество исследований свидетельствует об их эффективности, что позволяет сделать вывод о необходимости дальнейшего исследования использования техник осознанности на русскоязычной выборке с последующим внедрением в повседневную психотерапевтическую практику.

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

Поступила 29.08.2017

**Для цитирования.** Клайман В.О., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. Применение техник осознанности (mindfulness) в терапии больных шизофренией (обзор иностранной литературы) // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 23–35.

---

#### **APPLICATION OF MINDFULNESS IN THERAPY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)**

**Klaiman V.O., Erichev A.N., Kotsyubinsky A.P.**

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology  
(Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia)

Vasily Olegovich Klaiman – Clinical medicine psychologist, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: v.o.klaiman@gmail.com;

✉ Aleksandr Nikolaevich Eriчев – PhD Med. Sci, Leading Research Associate, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: erichevalex@gmail.com;

Aleksandr Petrovich Kotsyubinsky – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: ak369@mail.ru.

**Abstract.** Cognitive-behavioral therapy (further CBT) in schizophrenia is a promising and rapidly developing method with a wide evidence base. However, more and more often in therapeutic protocols, classical techniques are supplemented with new ones. These techniques include such new ideas as: attention control, decentralization, acceptance, non-response and many others - they all combine in the concept of "mindfulness." This article will outline the concept of mindfulness techniques and will also consider the possibility of their application in the structure of other approaches to therapy of patients with schizophrenia

**Keywords:** clinical (medical) psychology, cognitive-behavioral psychotherapy, schizophrenia, mindfulness, psychiatry.

### References

1. Abba N., Stevenson C. Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychother Res.* 2008. Vol. 18, N 1. Pp. 77–87.
2. Bach P., Hayes S., Gallop R. Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behav. Modif.* 2012. Vol. 36, N 2. Pp. 165–181.
3. Bach P., Hayes S. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J. J. of Consulting and Clinical Psychology.* 2002. Vol. 70. Pp. 1129–1139.
4. Baer R., Fischer S., Huss D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Applied to Binge Eating: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2005. Vol. 12. Pp. 351–358.
5. Barlow D. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York : Guilford Press 2002. Vol. 2. Pp. 292–327.
6. Braehler C., Harper J., Gilbert P. Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions. 2013.
7. Chadwick P., Hughes S., Russell D. [et al.]. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy.* 2009. Vol. 37. N 4. Pp. 403–412.
8. Chadwick P., Newman-Taylor K., Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy.* 2005. Vol. 33, N 3. Pp. 351–359.
9. Ciarrochi J., Robb H., Godsell C. Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy: Part 1: Philosophical and theo-

retical underpinnings. *J. of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2005. Vol. 23. Pp. 79–106.

10. Dalen J., Smith B., Shelley B. [et al.]. Pilot Study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, Eating Behavior, and Psychological Outcomes Associated with a Mindfulness-Based Intervention for People with Obesity. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010. Vol. 18. N 6. Pp. 260–264.

11. Davis L., Kurzban S. Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: a literature review. *Am. J. Psychiatr. Rehabil.* 2012. Vol.15. Pp. 202–232.

12. Didonna F. *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer Science & Business Media. 2008. 523 p.

13. Eifert G., Forsyth J. *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*, Oakland, CA : New Harbinger Publications. 2005.

14. Framson C., Kristal A., Schenk J., [et al.] Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J. of American Dietetic Association*. 2009. Vol.109. Pp. 1439–1444.

15. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30. Pp. 1311–1327.

16. Gaudiano B., Herbert J. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44. N 3. Pp. 415–437.

17. Gaudiano B., Herbert J., Hayes S. Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Therapy*. 2010. Vol. 41. Pp. 543–554.

18. Gilbert P. Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Sychiatr. Clin. North A.* 2001. Vol. 24, N 4. Pp. 723–751.

19. Gilbert P. *Depression: The Evolution of Powerlessness*, Hove. Lawrence Erlbaum Ass. 1992. 121 p.

20. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment Apr.* 2009. Vol. 15, N 3. Pp. 199–208.

21. Gross J. *Handbook of emotion regulation*. New York : Guilford Press. 2007. 253 p.

22. Gumley A., Birchwood M., Fowler D., Gleeson J. Individual psychological approaches to recovery and staying well after psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006. Vol. 114. P. 27.

23. Harris R. *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland : New Harbinger. 2009. 280 p.

24. Hayes S. *Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship*. New York : Guilford. 2004. Pp. 1–29.

25. Hayes S., Luoma J., Bond F. [et al.]. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006. Vol. 44. N 1. Pp. 1–25.

26. Hayes S., Strosahl K., Wilson K. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York : Guilford Press. 1999. 32 p.
27. Hayes S., Strosahl K., Wilson K. [et al.]. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. Vol. 64. Pp. 1152–1168.
28. Hofmann S., Sawyer A., Fang A., Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2012. Vol. 29, N 5. Pp. 409–416.
29. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. Vol. 19. Pp. 144–156.
30. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York : Delacorte. 1990. 216 p.
31. Khoury B., Lecomte T. Emotion Regulation and Schizophrenia. *Int. J. of Cognitive Therapy*. 2012. Vol. 5, N 1. Pp. 67–76
32. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*. 2009. Vol. 23, N 1. Pp. 4–41.
33. Kristeller J., Wolever R.Q. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*. 2011. Vol. 19, N 1. Pp. 49–61.
34. Laithwaite H., O’Hanlon M., Collins P. [et al.]. Recovery After Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009. Vol. 37. Pp. 511–526.
35. Langer A., Cangas A., Salcedo E., Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2012. Vol. 40, N 1. Pp. 105–109.
36. Langer A., Cangas A., Serper M. Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int. J. Psychol*. 2011. Vol. 46, N 1. Pp. 46–54.
37. Leahy R. Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model. *Australian Psychologist*. 2016. Vol. 51. Pp. 82–88.
38. MacLean K., Ferrer E., Aichele S. [et al.]. Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychol Sci*. 2010. Vol. 21, N 6. Pp. 829–839.
39. Segal Z., Teasdale J., Williams J., Gemar M. The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2002. Vol. 9. Pp. 131–138.
40. Tabak N., Granholm E. Mindful cognitive enhancement training for psychosis: a pilot study. *Schizophrenia Research*. 2014. Vol. 157. Pp. 312–313.
41. Tai S., Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophr. Bull*. 2009. Vol. 35, N 5. Pp. 865–873.
42. Tapper K., Shaw C., Isley J. [et al.]. Exploratory Randomised Controlled Trial of a Mindfulness-Based Weight Loss Intervention for Women. *Appetite*. 2009. Vol. 52, N 2. Pp. 396–404.

43. Teasdale J., Segal Z., Williams J. [et al.]. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Vol. 68. Pp. 615–623
44. Teasdale J., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav. Res. Ther.* 1995. Vol. 33. N 1. Pp. 25–39.
45. Thompson R. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Mono-graphs of the Society for Research in Child Development*. 1994. Vol. 59, N 2/3. Pp. 25–52.
46. Thompson R. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 1991. Vol. 3, N 4. Pp. 269–307.
47. Trémeau F. A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2006. Vol. 8, N 1. Pp. 59–70.
48. Wells A. & Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective, Hove. Lawrence Erlbaum Associates. 1994. 340 p.
49. Wells A., Fisher P., Myers S. [et al.]. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2009. Vol. 33, N 3. Pp. 291–300.
50. White R., Gumley A., McTaggart J. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav. Res. Ther.* 2011. Vol. 49. Pp. 901–907.
51. Wright N., Turkington D., Kelly O. [et al.]. Treating Psychosis: A Clinician's Guide to Integrating Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy and Mindfulness Approaches within the Cognitive Behavioral Therapy Tradition. New Harbinger Publications. 2014. 224 p.

Received 29.08.2017

**For citing.** Klaiman V.O., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P. Primenenie tekhnik osoznannosti (mindfulness) v terapii bol'nykh shizofreniei (obzor inostrannoi literatury). *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. P. 23–35. **(In Russ.)**

Klaiman V.O., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P. Application of mindfulness in therapy of patients with schizophrenia (review of foreign literature). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. P. 23–35.

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОГО СТРЕССА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Уральская государственная медицинская академия  
(Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3)

С целью определения возрастной зависимости последствий боевого стресса проведено исследование стресс-индуцированных патологических процессов у 161 ветерана боевых действий. Выявлена зависимость клинических проявлений последствий боевого стресса от возраста и периода времени, прошедшего с момента окончания участия в боевых действиях. Указанная зависимость представлена различиями в выраженности и клинических особенностях посттравматического стрессового расстройства; показаны основные принципы фармакотерапии его психопатологических симптомов.

Ключевые слова: психиатрия, клиническая (медицинская) психология, посттравматическое стрессовое расстройство, ветераны боевых действий, фармакотерапия.

### Введение

Процесс изменения в центральной нервной системе (ЦНС) вследствие боевого стресса (БС) продолжается после психотравмирующего эпизода, приводя к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [2]. Пребывание в жизнеопасной обстановке, психическое и физическое перенапряжение, психосоматическое истощение приводят к психобиологическим изменениям, которые могут запускать патогенетический механизм формирования последствий боевой психической травмы, сущность которых состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении патоморфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к развитию психопатологических синдромов [4].

Современная психобиологическая концепция ПТСР, в основе которой лежат процессы нейробиологической дисрегуляции, показывает, что психопатологические симптомы ПТСР могут претерпевать определенные этапы, которые обратимы при условии проведения специфической фармакотерапии [1, 2]. Вместе с тем, этапы развития ПТСР связаны с возрастом

---

✉ Торгашов Михаил Николаевич – канд. мед. наук, докторант каф. гериатрии, Урал. гос. мед. акад. (Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3), e-mail: 7224384@mail.ru.

ветеранов, периодом, прошедшим после БС, и процессами ускоренного старения организма [6, 7]. Отсюда сложности в проведении лечебного процесса, обусловленные также полиорганностью, клиническим полиморфизмом патологии и проявлений ПТСР [6]. Таким образом, с учетом ранее описанных психолого-психиатрических аспектов чрезвычайных ситуаций [8] представляется необходимым изучение ПТСР с позиций современных представлений о патогенезе этого заболевания, включающих воздействие возрастных факторов. Указанные моменты заставили нас вновь обратиться к этой проблеме на основе собственных наблюдений и сформировавшегося опыта.

*Цель исследования* – выявить возрастные особенности последствий БС, включая клинические варианты ПТСР, для обоснования соответствующих принципов фармакотерапии.

### **Материал и методы**

Наблюдался 161 участник боевых действий на территории Афганистана и Северного Кавказа в возрасте от 24 до 69 лет, средний возраст ( $42,9 \pm 9,6$ ) года, из перенесших воздействие разного рода боевых стрессорных факторов. Критериями включения в исследование являлись: 1) подтвержденный факт непосредственного участия в боевых действиях; 2) давность участия в боевых действиях не менее 1 года; 3) мужской пол; 4) добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Оценку проявлений ПТСР проводили при помощи опросника травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [3].

Возрастные особенности выраженности ПТСР изучили в возрастных группах: 24–30 лет ( $n = 23$ ), 31–40 ( $n = 30$ ), 41–50 ( $n = 81$ ), 51–60 ( $n = 20$ ) и 61–69 лет ( $n = 7$ ). Средний период, прошедший после возвращения из территории боевых действий, составил ( $16,8 \pm 0,6$ ) года. Временные периоды подразделили на: до 5 лет ( $n = 10$ ), 6–10 ( $n = 46$ ), 11–15 ( $n = 30$ ), 20–25 ( $n = 41$ ), 26–30 лет ( $n = 34$ ). Лица с продолжительностью послевоенного периода от 16 до 19 лет отсутствовали.

Статистическую обработку результатов исследования провели с помощью пакетов прикладных программ Statistica. Достоверность различий средних показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, значимость различий нескольких групп определялась вычислением F-критерия Фишера с использованием однофакторного дисперсионного анализа.

## Результаты и их анализ

Результаты опросника травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [3] и клинические симптомы определили ПТСР различной степени выраженности у 147 (91,3 %) комбатантов. Средний балл ПТСР по опроснику Котенева [3] составил ( $65,5 \pm 0,95$ ) балла (от 40,3 до 98,1 балла). Незначительные проявления или отдельные симптомы присутствовали у 42 (26,1 %), умеренные – у 47 (29,2 %), выраженные – у 58 (36 %) обследованных лиц. Средний возраст лиц с выраженным ПТСР составлял ( $43,1 \pm 1,2$ ) года, умеренным – ( $42,4 \pm 1,4$ ) года, незначительным – ( $43,5 \pm 1,5$ ) лет. Отсутствие признаков ПТСР отмечено у лиц в возрасте ( $41,2 \pm 2,8$ ) года. Выраженности ПТСР с возрастом комбатантов не установлено (рис. 1).

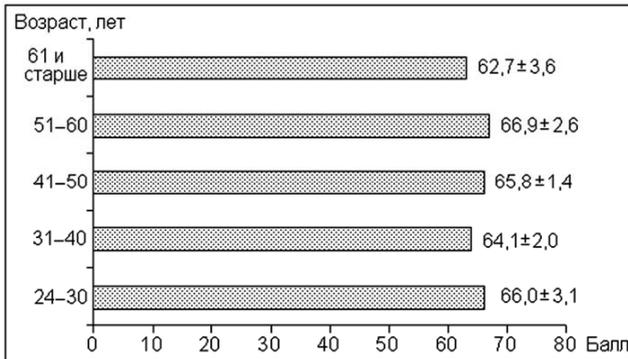


Рис. 1. Выраженность ПТСР в зависимости от возраста комбатантов

Симптомы ПТСР коррелировали с его интенсивностью, но наибольшее значение имели проявления «гиперактивации», свидетельствующие о раздражительности, нарушении сна, аддиктивном поведении пациентов. Психологическая оценка и восприятие бывшего БС в определенной степени зависела от возраста ветерана в период его обследования и от продолжительности времени, прошедшего с момента воздействия стресс-фактора. Так, у ветеранов старше 60 лет по сравнению с лицами предыдущей возрастной категории (51–60 лет) оценка выраженности БС была значительно больше – ( $3,3 \pm 0,2$ ) и ( $4,1 \pm 0,1$ ) балла соответственно ( $p < 0,05$ ). Вероятно, имели значение возрастные когнитивные изменения и, возможно, связанные с этим более яркие эмоциональные переживания давних событий, иногда с элементами конфабуляций.

Степень интенсивности симптомов ПТСР претерпевала изменения по отношению к возрасту, продолжительности послевоенного периода и преобладающим клиническим проявлениям ПТСР. У пациентов старше 60 лет снижалась выраженность симптомов «избегания» ( $58,4 \pm 2,9$ ) баллов, тогда как у лиц в возрасте 31–40 лет их интенсивность составила ( $60,2 \pm 2,1$ ) балла, а в возрасте 51–60 лет – ( $68,0 \pm 2,2$ ) балла ( $p = 0,03$ ). Выраженность иных симптомов ПТСР (вторжения, гиперактивности, дистресса) не имела отчетливой возрастной зависимости.

Наиболее низкая интенсивность ПТСР определялась при продолжительности послевоенного периода до 5 лет (рис. 2). По сравнению с данными в других выделенных послевоенных периодах различия статистически значимые ( $p < 0,05$ ). В структуре ПТСР этого периода наиболее выраженными ( $61,8 \pm 3,7$ ) баллов оказывались симптомы «вторжения». Остальные симптомы (избегания, гиперактивации, дистресса) имели меньшую интенсивность, чем в более поздние послевоенные периоды.

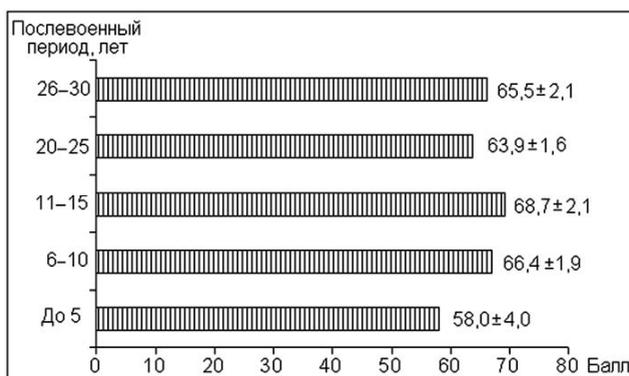


Рис. 2. Выраженность ПТСР в зависимости от послевоенного периода

Наиболее яркая симптоматика ПТСР (от 64,1 до 66,9 балла) при высокой распространенности (57,6 %) выраженного ПТСР и присутствии всех вариантов его симптомов определялись в период 11–15 лет после участия в боевых действиях. Через 20 послевоенных лет и более интенсивность ПТСР несколько снижалась, но наиболее отчетливое ее снижение было связано не столько с длительностью послевоенного периода, сколько с возрастом, превысившим 60 лет. Можно предположить возможность латентного течения ПТСР у лиц молодого возраста в первые 5 лет послевоенного периода и вероятность последующей инициации повторными и

хроническими стрессами когнитивных возраст-ассоциированных расстройств, сердечно-сосудистой, цереброваскулярной патологии [10, 11]. Это в сочетании с известным феноменом ускоренного старения ветеранов боевых действий [5] объясняет сглаживание клинических проявлений ПТСР с возрастом при одновременном усилении переживаний давнего БС.

При разработке направлений восстановления функциональных нарушений у специалистов экстремального профиля деятельности в последние годы уделяется внимание немедикаментозным методикам [9]. Вместе с тем при решении вопросов фармакологического лечения постстрессовых расстройств необходимы как клиническая оценка и установление психопатологических особенностей ПТСР, выделение «ведущих» симптомов со своими нейробиологическими механизмами [1], так и оценка связанной с возрастом пациентов стресс-индуцированной патологии. Основные варианты фармакотерапии, рекомендованные при различной выраженности психопатологических симптомов ПТСР, представлены в таблице.

Варианты фармакотерапии в зависимости от симптоматики ПТСР

№	Вариант терапии	Симптом ПТСР			Нет ПТСР
		Гиперактивация	Вторжение	Избегание	
1.	Препараты 1-го выбора	Антидепрессант	Антидепрессант	Антидепрессант	Общепринятые методы лечения заболеваний
2.	Возможное сочетание с 1-м или монотерапия	Антиконвульсант	Антиконвульсант	Нейролептик	
3.	Препараты, усиливающие эффекты 1-го и 2-го вариантов	Анксиолитик	Нейролептик, анксиолитик	Производные ГАМК	
4.		Производные ГАМК	Бензодиазепин		
5.		Адреноблокатор			
6.	В добавление к 1–5-му вариантам	Бензодиазепин			

### Заключение

Таким образом, фармакотерапия посттравматического стрессового расстройства связана с клинической оценкой его «ведущих» психопатологических симптомов, возраста пациента и продолжительности постстрессового периода. В возрасте старше 60 лет и при наибольшей продолжительности послевоенного периода (26–30 лет) большую роль в изменении состояния здоровья лиц, подвергшихся воздействию боевого стресса, на-

чинают играть возраст-зависимые когнитивные, психические расстройства и соматические болезни, сочетающиеся с ускоренным старением. Поэтому методы фармакотерапии в этот период должны быть скорректированы с учетом возраст-ассоциированной соматической патологии, возможными когнитивными нарушениями и коморбидными с посттравматическим стрессовым расстройством.

### Литература

1. Аведисова А.С. Психофармакотерапия больных с посттравматическим стрессовым расстройством // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 12. – С. 46–49.
2. Александров Е.О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства. – Новосибирск : Сибпринт, 2005. – 260 с.
3. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел. – М. : МВД России, 1996. – 42 с.
4. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.
5. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. – Екатеринбург : Изд-во УГМА, 2009. 322 с.
6. Мякотных В.С., Торгашов М.Н. Боровкова Т.А. Жизнь – старение – стресс. – СПб. : Сатори, 2017. – 218 с.
7. Родыгина Ю.К., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Дерягина Л.Е. Психодинамические параметры сотрудников ОВД в условиях профессиональной деятельности // Нейронауки. – 2006. – № 2 (4). – С. 8–12.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Барачевский Ю.Е., Марунык С.В. Психолого-психиатрические аспекты чрезвычайных ситуаций // Медицина катастроф. – 2008. – № 3. – С. 54–57.
9. Старостин О.А., Соловьев А.Г., Барачевский Ю.Е., Мусаев Р.Б. Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов опасных профессий путем сочетанного использования разномодальных физических факторов // Экология человека. – 2012. – № 5. – С. 36–40.
10. Meziab O., Kirby K.A., Williams B. [et al.]. Prisoner of war status, post-traumatic stress disorder, and dementia in older veterans // *Alzheimers Dement.* – 2014. – Vol. 10, N 3. – P. 236–241.
11. Yaffe K. Post-traumatic stress disorder associated with dementia among older veterans // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 67, N 6. – P. 608–613.

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

Поступила 14.08.2017

Для цитирования: Торгашов М.Н. Возрастные особенности психопатологических последствий боевого стресса и принципы лечения // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 36–43.

---

## AGE PECULIARITIES OF THE PSYCHOPATHOLOGICAL EFFECTS OF COMBAT STRESS AND TREATMENT PRINCIPLES

**Torgashov M.N.**

Ural state medical Academy (Repin Str., 3, Ekaterinburg, Russia)

✉ Mikhail Nikolaevich Torgashov – PhD Med. Sci., Ural State Medical Academy (Repin Str., 3, Ekaterinburg, 620028, Russia), e-mail: 7224384@mail.ru.

**Abstract.** To determine age-dependent effects of combat stress a study of stress-induced pathological processes in the 161 of combat veterans. Dependence of clinical manifestations of the effects of combat stress on age and time period elapsed since completion of participation in hostilities. This dependence is represented by differences in the severity and clinical features of posttraumatic stress disorder; shows the main principles of pharmacotherapy of his psychopathological symptoms.

**Key words:** psychiatry, clinical (medical) psychology, posttraumatic stress disorder, combat veterans, pharmacotherapy.

### References

1. Avedisova A.S. Psikhofarmakoterapiya bol'nykh s posttravmaticheskim stressovym rasstroistvom [Psychopharmacotherapy of patients with posttraumatic stress disorder]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009. Vol. 109, N 12. Pp. 46–49. (In Russ.)
2. Aleksandrov E.O. Integrativnaya psikhoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Integrative psychotherapy post-traumatic stress disorder]. Novosibirsk. 2005. 260 p. (In Russ.)
3. Kotenev I.O. Oprosnik travmaticheskogo stressa dlya diagnostiki psikhologicheskikh posledstviy neseniya sluzhby sotrudnikami organov vnutrennikh del [Questionnaire traumatic stress diagnostic psychological consequences of service of employees of internal Affairs]. Moskva. 1996. 42 p. (In Russ.)
4. Litvintsev S.V., Snedkov E.V., Reznik A.M. Boevaya psikhicheskaya travma [Combat trauma]. Moskva. 2005. 432 p. (In Russ.)
5. Myakotnykh V.S. Patologiya nervnoi sistemy u veteranov sovremennykh voennykh konfliktov [Pathology of the nervous system at the veterans of modern military conflicts]. Ekaterinburg. 2009. 322 p. (In Russ.)
6. Myakotnykh V.S., Torgashov M.N. Borovkova T.A. Zhizn'-starenie-stress [Life – aging – stress]. Sankt-Peterburg. 2017. 218 p. (In Russ.)
7. Rodygina Yu.K., Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Deryagina L.E. Psikhodinamicheskie parametry sotrudnikov OVD v usloviyakh professional'noi deyatelnosti

[Psychodynamic parameters of employees of Internal Affairs Bodies in terms of professional activities]. *Neironauki* [Neurosciences]. 2006. N 2. Pp. 8–12. (In Russ.)

8. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Barachevskii Yu.E., Marunjak S.V. Psikhologopshikiatricheskie aspekty chrezvychainykh situatsii [Psychological-psychiatric aspects of emergencies]. *Meditsina katastrof* [Disaster medicine]. 2008. N 3. Pp. 54–57. (In Russ.)

9. Starostin O.A., Solov'ev A.G., Barachevskii Yu.E., Musaev R.B. Korrektsiya narushenii psikhofiziologicheskikh funktsii u spetsialistov opasnykh professii putem sochetannogo ispol'zovaniya raznomodal'nykh fizicheskikh faktorov [Correction of disturbances of psychophysiological functions in specialists of dangerous professions by combined use of physical factors raznostilevyh]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2012. N 5. Pp. 36–40. (In Russ.)

10. Meziab O., Kirby K.A., Williams B. [et al.]. Prisoner of war status, post-traumatic stress disorder, and dementia in older veterans. *Alzheimers Dement.* 2014. Vol. 10, N 3. Pp. 236–41.

11. Yaffe K. Post-traumatic stress disorder associated with dementia among older veterans. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010. Vol. 67, N 6. Pp. 608–613.

Received 14.08.2017

**For citing:** Torgashov M.N. Vozrastnye osobennosti psikhopatologicheskikh posledstviy boevogo stressa i printsipy lecheniya. *Vestnik psikhoterapii.* 2017. N 63. Pp. 36–43. (In Russ.)

Torgashov M.N. Age peculiarities of the psychopathological effects of combat stress and treatment principles. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2017. N 63. Pp. 36–43.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 316.6 : 159.9

Е.Н. Ашанина<sup>1,2</sup>, Е.Е. Крийт<sup>1</sup>

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ БАКАЛАВРОВ, МАГИСТРАНТОВ И АСПИРАНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный технологический институт (технический университет) (Россия, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26);

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

Рассматривается проблема механизмов психологической защиты бакалавров, магистров и аспирантов высшего учебного заведения при воздействии стрессорных факторов, приводятся данные исследования этих механизмов в зависимости от характера деятельности студентов, их возраста, уровня обучения. Проведен сравнительный анализ применения этих механизмов бакалаврами, магистрами и аспирантами с использованием статистических методов.

Ключевые слова: социальная психология, защитно-совладающее поведение, механизм психологической защиты, психологическая адаптация, стрессорный фактор, бакалавр, магистр, аспирант.

### Введение

В соответствии с концепцией социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной правительством РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р, психологическая служба образования должна являться инструментом развития всей системы социального развития страны. В осуществлении деятельности психологической службы вузов предполагается развитие психологического проектирования, психологической экспертизы и психологического мониторинга с целью организа-

---

Елена Николаевна Ашанина – д-р психол. наук проф., каф. социологии С.-Петербург. гос. технол. ин-та (техн. ун-та) (Россия, 190013, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26); каф. безопасности жизнедеятельности, экстрем. и радиац. медицины Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

✉ Крийт Евгений Евгеньевич – аспирант каф. социологии С.-Петербург. гос. технол. ин-та (техн. ун-та) (Россия, 190013, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26), e-mail: geKaKriit92@gmail.com.

ции эффективной и целенаправленной работы по сохранению, реабилитации и укреплению здоровья студентов и преподавателей [2].

Изучение психологических механизмов, используемых студентами вузов, позволяет провести анализ психологических особенностей адаптации обучающихся, особенностей защитно-совладающего поведения, определить потенциал стрессоустойчивости.

Из приведенного рисунка видно, что стрессорные факторы жизнедеятельности вызывают психическое (психологическое) напряжение, «запускают» механизмы защитно-совладающего поведения. При их недостаточности возникает социально-психологическая дезадаптация личности и как следствие – кризисное (дезадаптивное) состояние личности.



Модель развития кризисных состояний личности

Механизмы психологической защиты (МПЗ) – важнейшая форма адаптационных процессов и реагирования на стрессовые ситуации. Они чаще всего неосознаваемы, пассивны и направлены на смягчение психологического дискомфорта. Поэтому любой психически здоровый индивид прибегает к ним лишь когда ситуация выходит за пределы его возможностей. [4]. Внешние проявления вторжения защитных механизмов в нормальную психическую жизнь человека разнообразны и обнаруживаются как в изменении самого поведения, так и в его интерпретации [7].

Термин «защитный механизм» был впервые применен З. Фрейдом в 1894 г. в работе «Защитные нейропсихозы» для обозначения борьбы «Эго» против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов. Механизмы психологической защиты возникают в результате интрапсихического конфликта между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризованными требованиями окружающей среды [8, 9].

Защитные механизмы – это адаптивная деятельность «Я», которая начинается, когда «Я» подвержено чрезмерной опасности. Они функционируют автоматически, не согласуясь с сознанием, и провоцируют внутренние изменения, с помощью которых человек подсознательно приспосабливается к среде. Формирование этих защитных механизмов позволяет адаптироваться к среде не за счет изменения внешнего мира, а за счет внутренних изменений – трансформации внутренней картины мира и образа самого себя, в реализации которых принимают участие все созревшие к этому времени психические функции: от восприятия и эмоций до памяти и мышления [6].

В систематизации подсознательных способов защиты выделяют 4 группы [1, 5]:

1) защиты, управляющие уровнем доступности памяти:

– отрицание – механизм психологической защиты, посредством которого личность отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает самое себя;

– подавление – механизм защиты, при котором информация в памяти полностью блокируется;

– вытеснение – механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности желания, мысли, чувства приобретают неосознанный характер;

– рационализация – склонность к преимущественно когнитивному способу преодоления стрессовой ситуации. Так, человек пытается найти логическое объяснение неприятным событиям, подвести под них теоретические конструкции и таким образом обесценить их;

2) защиты, связанные с изменением границ «Я»:

– проекция – предполагает вынесение вовне неприемлемых для личности чувств и мыслей путем приписывания их другим людям;

– идентификация – эмоционально-когнитивный процесс отождествления субъектом себя с другим субъектом, группой, образцом;

– реактивные образования – преобразования положительного аффективного образования в отрицательное и наоборот. Целью действия данного механизма является устранение амбивалентности эмоций;

– регрессия – механизм психологической защиты, при котором происходит возврат на более ранние стадии развития;

– компенсация – механизм психологической защиты, при котором нежелательные качества заменяются путем приписывания себе достоинств и благоприятных характеристик других людей или путем фантазирования;

3) защиты, связанные с изменением пространства реализации недопустимого желания:

– замещение – действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства;

– сублимация – замена запрещенных реакций на поощряемые путем переадресации с секса и агрессии в пространство веры, любви и творчества;

4) защиты, связанные с изменением системы личных ценностей:

– катарсис – кардинальное изменение структуры ценностей личности, позволяющее с помощью обновленной системы достичь душевного равновесия.

### **Материал и методы**

Обследовали МПЗ у 54 бакалавров, 32 магистров и 52 аспирантов технического вуза Санкт-Петербурга. Выборка в группах студентов соответствует генеральной совокупности.

У всех обследованных лиц получено информированное согласие. Обследование проводилось в групповой форме с соблюдением требований профессиональной психодиагностики.

Студенты младших курсов заняты в основном учебой. Переход из общеобразовательной школы в высшее учебное заведение сопровождается процессом адаптации, поскольку отсутствует привычный педагогический контроль, новая образовательная среда предъявляет свои требования.

Бакалавриат дает возможность получения базового образования по выбранной специальности. Следующая ступень в образовании – получение степени магистра – дает также возможность практической работы, поскольку полученные навыки и уровень квалификации позволяют эффективно заниматься как научно-исследовательской, так и административно-управленческой деятельностью.

Аспирантура – форма подготовки преподавательского состава в вузах, является более высокой образовательной ступенью. Аспиранты имеют право и обязанность вести семинары и принимать экзамены, то есть непосредственно во время учебы заниматься преподавательской деятельностью. Таким образом, наличие этой формы деятельности является отличительной чертой студентов аспирантуры.

В ходе исследования использовали опросник Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), который позволяет измерить основные МПЗ личности: отрицание, подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация и реактивные образования. Методика была описана в 1979 г. на основе психозволюционной теории Р. Плутчика и структурной теории личности Х. Келлермана. Методика была адаптирована Л.Р. Гребенниковым в 1995 г. Она является наиболее полным диагностическим средством, позволяющим оценить всю систему МПЗ, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого.

Опросник предназначен для диагностики МПЗ «Я» и включает 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. На основе ответов строится профиль защитной структуры обследуемого.

Чрезмерная выраженность какого-либо из этих механизмов может стать причиной неэффективного защитно-совладающего поведения и психологической дезадаптации.

Цель исследования – сравнить механизмы психологической защиты у бакалавров, магистрантов и аспирантов высшего учебного заведения. Выявить наиболее часто используемые механизмы психологической защиты у различных категорий обучаемых.

### **Результаты и методы**

Результаты обследования методикой LSI сведены в таблицу. Выявлены достоверные различия по 5 из 8 шкал методики LSI (63 %) между бакалаврами и магистрами и между магистрами и аспирантами.

Показатели психологической защиты по методике «LSI», ( $M \pm m$ ) балл

Показатель	Бакалавры (1)	Магистры (2)	Аспиранты (3)	$p < 0,001$
Отрицание	71,7 ± 1,5	65,5 ± 1,5	73,5 ± 2,3	1/2; 2/3
Подавление	76,7 ± 1,2	72,4 ± 2,1	64,5 ± 2,8	1/2; 2/3
Регрессия	67,6 ± 1,8	67,8 ± 2,2	78,8 ± 5,8	2/3
Компенсация	89,6 ± 1,5	75,5 ± 3,5	74,2 ± 4,9	1/2;
Проекция	64,9 ± 1,2	68,6 ± 3,9	66,4 ± 4,9	1/2;
Замещение	77,7 ± 1,2	70,3 ± 4,2	68,9 ± 4,4	1/2;
Интеллектуализация	70,4 ± 1,5	73,6 ± 3,9	78,7 ± 4,8	2/3
Реактивные образования	70,7 ± 1,5	76,6 ± 4,8	70,1 ± 5,6	2/3

У бакалавров оказались более выражены ( $p < 0,001$ ) следующие МПЗ: «подавление», «компенсация», «замещение», у магистров – «реактивные образования» и «компенсация». Для аспирантов более характерными были механизмы психологической защиты личности «регрессия» и «интеллектуализация».

Различия в количестве проведенного времени в вузе сказались на процессе адаптации к обучению, выразившись в выборе определенных психологических защит личности. Более благоприятное эмоциональное состояние и наиболее эффективные механизмы психологической защиты выявлены у аспирантов, занимающихся в вузе, наряду с учебной, также научной и преподавательской деятельностью. Процесс взросления, необходимость самостоятельно принимать решения и быть ответственными за эти решения, быть в определенном смысле кураторами для студентов, вероятно, вынуждают их выбирать в качестве МПЗ регрессию. Стиль мышления, нацеленный на решение задач в научной работе, продуктивнее используется при применении МПЗ интеллектуализации.

Бакалавры, вследствие недостаточной психологической зрелости, применяют МПЗ, нацеленные на стремление не допускать в сознание информацию, которая может неблагоприятно повлиять на их психологическое благополучие. Это процесс усиливает психологическую дезадаптацию, не позволяет адекватно реагировать при воздействии стрессогенных факторов.

Магистры не используют настолько активно, как бакалавры, такие МПЗ, как замещение и подавление, применяя реактивные образования, в которых совершается замена подлинных чувств и аутентичного поведения на их противоположности. [3] Они также используют МПЗ компенсацию

для защиты от тревоги, возникающей из-за чувства защищенности, прилагаемые дополнительные усилия в зоне мнимой или действительной слабости.

### **Заключение**

Полученные результаты позволяют понять психологические механизмы защитно-совладающего поведения бакалавров, магистров и аспирантов технического вуза. Использование этих данных в работе психологической службы вуза при проведении мероприятий коррекции и психологической помощи обучающимся улучшит процесс их адаптации и будет способствовать повышению эффективности учебного процесса и развития студентов.

### **Литература**

1. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб. : Речь, 2010. – 476 с.
2. Забродин Ю.М., Метелькова Е.И., Рубцов В.В. Концепция и организационно-структурные модели психологической службы образования [Электронный ресурс] // Психол. наука и образование. – 2016. – Т. 8, № 3. – С. 1–15. – URL: psyedu.ru.
3. Киришбаум Э.И., Еремеева А.И. Психологическая защита. – М. : Смысл ; СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 176 с.
4. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения специалистов опасных профессий : монография. – СПб. : Политехника-сервис, 2011. – 120 с.
5. Самосознание и защитные механизмы личности : хрестоматия. – Самара : БАХРАХ-М, 2003. – 656 с.
6. Фрейд З. Психоаналитические этюды. – Минск : Беларусь, 1991. – 606 с.
7. Шкуротенко О.С., Коваленко Н.П. Алекситимия в период беременности как механизм психологической защиты // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 75–86.
8. Perrin M.A., DiGrande L., Wheeler K. [et al.]. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers // American Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, N 9. – P. 1385–1394.
9. Plutchik R.A., Kellerman H., Conte H. Structural Theory of Ego Defenses and Emotion // Emotions in Personality and Psychopathology / Izard C.E. (ed.). – N.Y. : Plenum Publishing Corporation, 1979. – P. 229–257.

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

Поступила 21.01.2017

Для цитирования. Ашанина Е.Н., Крийт Е.Е. Механизмы психологической защиты бакалавров, магистрантов и аспирантов высшего учебного заведения // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 44–52.

---

**PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS OF BACHELORS, MASTERS  
AND POST-GRADUATE STUDENTS IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION**

**Ashanina E.N., Kriit E.E.**

Saint Petersburg State Institute of Technology (Technical University)  
(Moskovsky Ave., 26, St. Petersburg, Russia);  
Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia (Academika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia)

Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci. Assistant Prof., Prof. Department of Sociology of Saint Petersburg State Institute of Technology (Technical University) (Moskovsky Ave., 26, St. Petersburg, 190013, Russia); Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

✉ Evgenii Evgenievich Kriit – PhD Student, Department of Sociology of Saint Petersburg State Institute of Technology (Technical University) (Russia, 190013, St. Petersburg, Moskovsky Prospect, 26), e-mail: gekaKriit92@gmail.com

**Abstract.** The article considers the problem of psychological defence mechanisms of bachelors, masters and graduate students in higher educational institution, who are affected by stress factors. It also provides data on the study of these mechanisms depending on student's activity, their age and educational level. A comparative analysis of the applications of these defence mechanisms by bachelors, masters and PhD students was made by means of statistical methods.

**Keywords:** social psychology, protective defensive coping behavior, psychological defence mechanisms, psychological adaptation, stress factors, bachelors, masters, post-graduate students.

**References**

1. Granovskaya R.M. Psikhologicheskaya zashchita [Psychological protection]. Sankt-Peterburg. 2010. 476 p. (In Russ.)

2. Zabrodin Yu.M., Metel'kova E.I., Rubtsov V.V. Kontseptsiya i organizatsionno-strukturnye modeli psikhologicheskoi sluzhby obrazovaniya [Concept and organizational and structural models of psychological service of education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2016. Vol. 8, N 3. Pp. 1–15 (URL: psyedu.ru). (In Russ.)

3. Kirshbaum E.I., Ereemeeva A.I. Psikhologicheskaya zashchita [Psychological protection]. Moskva : Sankt-Peterburg. 2005. 176 p. (In Russ.)

4. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Psikholgiya koping-povedeniya spetsialistov opasnykh professii [Psikholgiya of coping-behavior of experts of dangerous professions: monograph]. Sankt-Peterburg. 2011. 120 p. (In Russ.)

5. Samosoznanie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti [Consciousness and protective mechanisms of the personality]. Samara. 2003. 656 p. (In Russ.)

6. Freid Z. Psikhooanaliticheskie etyudy [Psychoanalytic etudes]. Minsk. 1991. 606 p. (In Russ.)

7. Shkurotenko O.S., Kovalenko N.P. Aleksitimiya v period beremennosti kak mekhanizm psikhologicheskoi zashchity [Aleksitimiya during pregnancy, as the mechanism of psychological protection]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 59. Pp. 75–86. (In Russ.)

8. Perrin M.A., DiGrande L., Wheeler K. [et al.]. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164, N. Pp. 1385–1394.

9. Plutchik R.A., Kellerman H., Conte H. Structural Theory of Ego Defenses and Emotion. Emotions in Personality and Psychopathology. Ed. C.E. Izard. N.Y. : Plenum Publishing Corporation, 1979. Pp. 229–257.

Received 21.01.2017

**For citing.** Ashanina E.N., Kriit E.E. Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity bakalavrov, magistrantov i aspirantov vysshego uchebnogo zavedeniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2011. N 63. Pp. 44–52. (In Russ.)

Ashanina E.N., Kriit E.E. Psychological defense mechanisms of bachelors, masters and post-graduate students in higher educational institution. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 44–52.

## СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ОСУЖДЕННЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТБЫВАНИЯ НАКАЗАНИЙ

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

Изучено копинг-поведение у 240 осужденных по корыстным преступлениям с расстройствами приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10) и 60 осужденных, не имеющих расстройств данного вида. Выявлено, что для всех осужденных, вне зависимости от наличия или отсутствия расстройств приспособительных реакций, на первый план выступает копинг «поиск социальной поддержки». При этом социальный ресурс вне рамок исправительно-трудового учреждения полностью отсутствует у 28 % обследованных осужденных. При астенической форме проявлений у осужденных с расстройствами приспособительных реакций (56 %) по сравнению со стенической формой проявления расстройств (44 %) статистически значимо чаще встречается неадаптивный копинг «бегство–избегание». В первоначальный период отбывания наказания у осужденных, не имеющих расстройства приспособительных реакций, ведущими копинг-поведениями являются «план решения проблем», «самоконтроль» и «ответственность».

Ключевые слова: юридическая психология, психология преступника, социальная психология, стресс, копинг-поведение, адаптация.

### Введение

Нахождение в пенитенциарном учреждении само собой предполагает жизнь в экстремальных условиях, т.е. на индивида действует большое количество фрустрирующих и стрессогенных факторов пенитенциарной среды. Пенитенциарный стресс, как правило, негативно влияет не только на здоровье человека, отбывающего наказание, но и способствует различным деструктивным проявлениям. Особую актуальность имеет анализ стресса у осужденных в пенитенциарных учреждениях. Так, попадая в

---

Горьковая Ирина Алексеевна – д-р психол. наук, зав. каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатрич. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); проф. каф. психологии человека Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48), e-mail: iralgork@mail.ru;

✉ Мартынова Анна Александровна, соискатель кафедры психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатрич. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), e-mail: maa.martynova@yandex.ru.

места лишения свободы, осужденный сталкивается с жесткой регламентацией жизнедеятельности как официальными, так и неофициальными нормами и правилами, которым он вынужден подчиняться. Большинство авторов под пенитенциарным стрессом понимают комплекс психологических переживаний личности, оказавшейся в условиях изоляции, что в целом позволяет рассматривать пенитенциарный стресс в качестве психологического стресса или похожего состояния – эмоциональной напряженности [11].

Пенитенциарные стрессоры – это десинхронизация (расогласование ритма сна и бодрствования), монотонность, пространственное и двигательное ограничение (гипокинезия), снижение доступа информации (сенсорный голод), одиночество, групповая изоляция, постоянная угроза жизни и физического насилия и т. д. [10]. К стрессогенным факторам пенитенциарной среды относятся также скученность и различные бытовые проблемы.

В ряде случаев у осужденных наблюдается пенитенциарный стресс, достигающий до расстройств приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10), что и определяет актуальность изучения совладающего поведения.

Находясь в ситуации заключения, большинство осужденных испытывает стресс, который обусловлен изменением условий жизнедеятельности, а также ограничением личного пространства, возможностей удовлетворения жизненных потребностей, ситуацией неопределенности, необходимостью учитывать криминальную субкультуру, состоянием страха, фрустрации, чувством вины, раскаяния и агрессии [1, 2]. Пенитенциарный стресс, как правило, негативно влияет не только на здоровье осужденного, но и способствует различным деструктивным проявлениям, таким как конфликты, суициды, противоправные действия.

В результате теоретических и экспериментальных исследований доказано значительное влияние стрессоров среды, копинг-поведения на психологическое функционирование человека, что может проявляться в возникновении психологических проблем, вызывать проявление психосоматических расстройств, физических и психических изменений в организме человека [4].

Теория совладания со стрессом, разработанная R. Lazarus и S. Folkman [7], является наиболее распространенной теорией преодоления стресса. S. Folkman [3] с целью снятия противоречия между физиологической неспецифичностью стресса и психологической избирательностью реагирования личности на стрессорные факторы ввел понятие «копинг» как способность к преодолению стресса. Р. Лазарус многократно подчеркивал, что способ-

ность преодолевать стресс более важна, чем природа, величина и частота стрессового воздействия. Поведение, направленное на устранение или уменьшение силы воздействия, называется копинг-поведением или совладающим (стресс-преодолевающим) поведением [12].

Согласно научным исследованиям выявлено, что для совладания со стрессом человек на основе прошлого опыта и психических резервов использует сформированные копинг-стратегии, в связи с чем копинг-поведение описывается как результат взаимодействия копинг-стратегий и копинг-ресурсов [9].

Данное исследование посвящено изучению совладающего поведения осужденных с расстройствами приспособительных реакций по корыстным преступлениям. Такое поведение у осужденных предполагает осознанный выбор тех способов, которые помогают им справляться с трудностями, достигать сохранения собственного благополучия, в том числе и эмоционального.

В связи с тем что копинг-поведение используется человеком сознательно и целенаправленно, совладающее поведение относят к факторам активности личности, называют дескриптором субъекта[5]. Совладающее поведение связывают с личностным развитием, благополучием, наличием ресурсов и адаптацией.

Цель исследования – изучение копинг-поведения у осужденных с расстройствами приспособительных реакций в первоначальный период отбывания наказаний.

### **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 240 осужденных, имеющих расстройства приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10), которые образовали основную группу (ОГ). Из них 120 испытуемых были осуждены первый раз (60 женщин и 60 мужчин), 120 испытуемых имели многократную судимость (60 женщин и 60 мужчин). Возраст испытуемых был от 18 до 35 лет. Исследование проводили на осужденных, пребывающих в колонии не более 3 мес, т. е. в период адаптации к условиям заключения.

Диагноз «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2 по МКБ-10) был поставлен врачом психиатром, что отражено в личных делах осужденных.

В исследовании на основании метода наблюдения и экспертной оценки сотрудников воспитательной и режимной службы предпринята попытка разделить на стеническую и астеническую формы проявления рас-

стройств приспособительных реакций. К астенической форме относятся: ощущение слабости, повышенная утомляемость, нарушение аппетита, головные боли, головокружение, нарушение сна (невозможно заснуть, ночное пробуждение, усталость после сна, бессонница). Стеническая форма включает такие проявления, как вербальную и невербальную агрессию, двигательное беспокойство, повышенную раздражительность, импульсивное поведение.

Контрольную группу (КГ) составили 60 осужденных, не имеющих расстройств приспособительных реакций, в том числе 30 осужденных имели одну судимость (15 мужчин и 15 женщин) и 30 осужденных – многократную судимость (15 мужчин и 15 женщин).

Копинг-ресурс изучали на основании полуструктурированного интервью, личных дел и экспертной оценки особенностей поведения и состояния осужденных сотрудниками воспитательной, режимной и психологической службами, а также с помощью методики «Опросник о способах копинга» (Way of Coping questionnaire, WCQ), разработанной Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 г. и апробированной Т. Л. Крюковой, Е.В. Куфтык и М.С. Замышляевой [6]. Используются такие показатели как:

– «поиск социальной поддержки» – усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки;

– «план решения проблем» – произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы;

– «самоконтроль» – усилия по регулированию своих чувств и действий, контролирование эмоций, возможность анализировать проблему, поиск путей выхода из сложившейся ситуации;

– «принятие ответственности» – признание своей роли в проблеме и активные попытки ее решения;

– «бегство–избегание» – уклонение от проблемы в виде ее отрицания, фантазирования и т. д.

Математическую обработку результатов провели с помощью U-критерия Манна–Уитни. В тексте статьи указаны средние арифметические величины и среднее квадратическое отклонение.

### **Результаты и их анализ**

В результате проведенного исследования выявлено, что для осужденных КГ характерны такие копинг-стратегии, как «поиск социальной

поддержки», «план решения проблем», «самоконтроль» и «принятие ответственности».

Таблица 1  
Показатели копинг-стратегий у осужденных, (M ± σ) балл

Копинг-стратегия	ОГ	КГ	p <
Поиск социальной поддержки	10,6 ± 2,6	12,40 ± 1,7	0,001
План решения проблем	11,5 ± 3,4	13,6 ± 1,5	0,001
Самоконтроль	12,9 ± 3,3	14,7 ± 2,3	0,001
Принятие ответственности	7,1 ± 2,2	8,7 ± 1,2	0,001

Осужденные, находясь в заключении, склонны прибегать к формальному (сотрудники колонии) и неформальному (сокамерники) общению. В связи с тем что в сложных условиях заключения осужденные склонны искать поддержку от своего близкого окружения, социальная поддержка приобретает особое значение. Согласно литературным данным, поддержка членов семьи и друзей имеет наиболее важное влияние на копинг-поведение человека.

У осужденных в первоначальный период отбывания наказаний наблюдается неустойчивое эмоциональное состояние или состояние напряжения, что отражается на их соматическом здоровье. Копинг-ресурс «поиск социальной поддержки» является важным ресурсом, который помогает осужденному справиться с данной ситуацией. Находясь в ситуации заключения, осужденные испытывают острую потребность в общении, в связи с чем происходит их быстрое объединение в малые группы (по 2–4 человека). Они нуждаются в чувстве защиты и безопасности, что реализуют в процессе аффилиации в малых указанных группах.

Находясь в колонии, 38 % заключенных поддерживают связь с родителями (в виде писем, передачи посылок), 34 % – со своей семьей и 28 % заключенных связь с родными не поддерживают в связи с самостоятельным отказом или отказом от них. В ситуации заключения у осужденных обнаруживается феномен «искажения восприятия жизненного пути во временном континууме», который проявляется в идеализации прошлых отношений, а будущее представляется без учета реальности. Осужденные склонны приближать будущее и представлять события искаженно. Наличие у осужденного данного феномена помогает ему успешнее преодолеть стрессовую ситуацию отбывания наказания, что было ранее нами описано [8].

В ситуации заключения осужденные вынуждены продумывать свое поведение, вырабатывать стратегии разрешения возникших проблем, планировать все действия в связи с обстоятельствами, в которой они находятся. Приспособиться и выжить в колонии им помогает сформированный план на ближайшее будущее. Это предполагает поиск близкого окружения на территории заключения, что, в свою очередь, помогает им выстроить временную ситуационную стратегию своего поведения и справиться со стрессом с наименьшими потерями.

Для осужденных КГ коллективистские черты являются условием выбора стратегий, связанных с поиском и использованием эмоциональной поддержки других: «Разговариваю, спрашиваю мнение окружающих». Для них характерно активное взаимодействие и общение с другими осужденными, а также общение с близкими родственниками через письма. Они совместно строят планы на будущее. Общение помогает им справиться с обеспокоенностью, угнетенностью, осужденные испытывают потребность в защите и безопасности.

Так же для осужденных КГ характерен стиль совладания «самоконтроль». Они склонны контролировать и подавлять свои эмоции. Повышается контроль за действиями, высказываниями, проявляется сдержанность в своих спонтанных проявлениях. Обычно у них выявляется боязнь самораскрытия, высокая требовательность к себе. Они вынуждены контролировать свои эмоции, так как их поведение влияет на результат возможного пересмотра дела, а также на их стратификацию в среде осужденных.

Находясь в ситуации заключения, осужденные КГ предпочитают использовать стратегию «принятие ответственности», которая подразумевает признание своей роли в возникшей ситуации. Выявляются высокие показатели по шкале «план решения проблем». Они предпочитают искать информационную, действенную или эмоциональную поддержку, стараются аналитически подойти к проблеме. В конфликтной ситуации они сдерживают себя от импульсивных или поспешных действий.

Итак, осужденные КГ предпочитают использовать такие стратегии копинг-поведения, как «поиск социальной поддержки», «самоконтроль», «принятие ответственности» и «план решения проблем», которые являются наиболее адаптивными и эффективными (см. табл. 1).

У заключенных со стенической формой (44 % осужденных) часто проявляются эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, беспокойство, напряженное ожидание неприятностей. Нередко возникают выраженные неустойчивость настроения, неприятные ощущения в мыш-

цах, суетливость, двигательное беспокойство, также наблюдаются повышенное раздражительность, импульсивное поведение, повышенная конфликтность.

Осужденные с астенической формой проявления расстройств (56 % обследованных осужденных) предъявляют жалобы на постоянное ощущение общей слабости, утомляемость, снижение работоспособности, мышечные головные боли, головокружение, нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, эмоциональные нарушения (чувство внутреннего напряжения, тревожность, эмоциональная лабильность, быстрая психическая истощаемость, страхи). При астенической форме проявления расстройств у осужденных появляются рассеянность, снижение памяти, внимания, изменение аппетита, снижение веса, частая плаксивость и пассивное подчинение.

Таблица 2

Показатели копинг-стратегий у осужденных с астенической и стенической формами проявлений расстройств, ( $M \pm \sigma$ ) балл

Копинг-стратегия	Форма проявлений расстройств приспособительных реакций		p <
	стеническая	астеническая	
Поиск социальной поддержки	9,6 ± 3,0	11,3 ± 1,9	0,001
Бегство–избегание	11,1 ± 4,5	12,7 ± 3,7	0,001

Следует отметить, что предпочитаемыми стратегиями поведения осужденных с астенической формой проявления являются «поиск социальной поддержки» и «бегство–избегание». Как мы видим, для уменьшения воздействия стрессовых ситуаций осужденные стремятся к поиску социальной поддержки и вступлению в социальный контакт. Осужденные постоянно находятся в состоянии ожидания изменений пересмотра дела и возможного освобождения, вследствие чего у них возникает напряженность, что приводит их в состояние безнадежности, обреченности, которое вызывает апатию, пассивность во всех действиях. Для осужденных характерно продумывать варианты своего поведения, вырабатывать стратегии разрешения возникших проблем, планировать собственные действия с учетом тех условий, в которых они находятся.

Лицам с астенической формой проявления расстройств приспособительных реакций свойственно избегать стрессовые ситуации, они стремятся не попадать в зону конфликта. Копинг «бегство–избегание» связан с

пассивным и неадекватным способом реагирования на психотравмирующую ситуацию.

### **Выводы**

1. Для всех осужденных по корыстным преступлениям, вне зависимости от наличия или отсутствия расстройств приспособительных реакций и от формы их проявлений, на первый план выступает такая копинг-стратегия, как «поиск социальной поддержки». При этом следует отметить, что у 28 % осужденных с расстройствами приспособительных реакций вообще прерваны контакты с семьей и социальным окружением вне рамок исправительного учреждения.

2. Осужденные КГ в первоначальный период отбывания наказаний по сравнению с осужденными ОГ статистически значимо чаще применяют такие адаптивные копинг-стратегии, как «план решения проблем», «самоконтроль» и «принятие ответственности».

3. Осужденные с расстройствами приспособительных реакций при астенической форме проявления (44 %) статистически значимо чаще применяют неадаптивную стратегию поведения «бегство–избегание» по сравнению с осужденными с расстройствами приспособительных реакций при стенической форме (56 %) проявления.

### **Литература**

1. Баламут А.Н. Психологическая помощь осужденным с пожизненными сроками отбывания наказания : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Рязань, 2007. – 25 с.

2. Дебольский М.Г., Матвеева, И.А. Суицидальное поведение осужденных, подозреваемых и обвиняемых в местах лишения свободы // Психология и право. – 2013. – № 3. – URL: [www.psyandlaw.ru/](http://www.psyandlaw.ru/).

3. Евдокимов В.И., Ролдугин Г.Н., Хмелинина Н.В. Оценка влияния проактивного копинг-поведения на профессиональное выгорание среднего медицинского персонала // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 100–111.

4. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения : монография. – Кострома : Авантитул, 2004. – 344 с.

5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2005. – 46 с.

6. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журн. практ. психолога. – 2007. – № 3 – С. 93–112.

7. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. – М. : Женева, 1989. – С. 121–126.

8. Мартынова А.А. Временная перспектива осужденных по корыстным преступлениям в первоначальный период отбывания наказания // Учен. записки. – 2014.– № 4. – С. 54–57.

9. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психологические механизмы копинг-поведения специалистов экстремальных профессий // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 2. – С. 46–50.

10. Сандомирский М.Е. Психологическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных: монография. – Уфа : Здравоохран. Башкартостана, 2001. – 88 с.

11. Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Пенитенциарная психология : учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – Рязань : Акад. права и управления, 2003. – 758 с.

12. Folkman S., Lazarus R., Pimley S., Novasek J. Age differences in stress and coping processes // Psychology and Adding. – 1987. – Vol. 2. – P. 106–116.

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

Поступила 15.07.2017

**Для цитирования.** Горьковская И.А., Мартынова А.А. Совладающее поведение осужденных с расстройствами приспособительных реакций в первоначальный период отбывания наказаний // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 53–63.

---

**COULDUSE BEHAVIOR OF PRISONERS WITH DISORDERS  
OF ADAPTIVE REACTIONS IN THE INITIAL PERIOD OF PUNISHMENT**

**Gorkovaya I.A., Martynova A.A.**

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

Irina Alekseyevna Gorkovaya – Dr. Psychol. Sci., Chair in the department of psycho-somatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia); Prof. at the department of human psychology The Herzen State Pedagogical University of Russia (St. Petersburg, nab. p. Sinks, d. 48), e-mail: iralgork@mail.ru;

✉ Anna Aleksandrovna Martynova – PhD Student of the Department of psychosomatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia), e-mail: maa.martynova@yan-dex.ru.

**Abstract.** The article analyzes coping behavior of 240 convicts for acquisitive crimes with disorders of adaptive reactions (F43.2 according to ICD-10) and 60 convicts with no disorders of this type. It was revealed that for all convicts regardless on presence/absence of disorders coping "Search for social support" comes first, meanwhile social resource outside the frameworks of correctional labor institution is fully absent among 28 %. Asthenic form with disorders of adaptive reactions (56%) prevails in comparison with sthenic form of disorders (44 %). For those convicts with disorders of adaptive reactions nonadaptive coping "Escape" occurs more often. Through the initial period when enduring the punishment among convicts with no disorders of adaptive reactions the leading coping behavior is "Action plan", "Self-control", "Responsibility".

**Keywords:** legal psychology, criminal psychology, social psychology, stress, coping behavior, adaptation.

### References

1. Balamut A.N. Psikhologicheskaya pomoshch' osuzhdennym s pozhiznennymi srokami otbyvaniya nakazaniya [Psychological assistance to convicts with a life sentence of punishment] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Ryazan'. 2007. 25 p.
2. Debol'skii M.G., Matveeva, I.A. Suitsidal'noe povedenie osuzhdennykh, podozrevaemykh i obvinyaemykh v mestakh lisheniya svobody [Suicidal behavior of convicted, suspects and accused in penitentiary institutions]. *Psikhologiya i pravo* [Psychology and Law]. 2013. URL: [www.psyandlaw.ru/](http://www.psyandlaw.ru/).
3. Evdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelina N.V. Otsenka vliyaniya proaktivnogo koping-povedeniya na professional'noe vygoranie srednego meditsinskogo personala [Assessment of influence of proactive coping behavior on professional burning-out in nurses]. *Vestnik psikhoterapii* [[Bulletin of Psychotherapy]. 2009. N 31. Pp. 100–111.
4. Kryukova T.L. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya [Psychology coping behavior]. Kostroma. 2004. 344 p.
5. Kryukova T.L. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya v raznye periody zhizni [Psychology of coping behavior in different periods of life] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci.. Moskva. 2005. 46 p.
6. Kryukova T.L., Kuftyak E.V., M.S. Zamyshlyayeva Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Zamyshlyayeva Questionnaire ways of owsladania (adaptation techniques WCQ)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of the practical psychologist]. 2007. N 3 Pp. 93–112.
7. Lazarus R.S. Individual'naya chuvstvitel'nost' i ustoichivost' k psikhologicheskomu stressu [Individual sensitivity and resistance to psychological stress]. *Psikhologicheskie faktory na rabote i okhrana zdorov'ya* [Psychological factors at work and health protection]. Moskva. : Zheneva. 1989. Pp. 121–126.
8. Martynova A.A. Vremennaya perspektiva osuzhdennykh po korystnym prestupleniyam v pervonachal'nyi period otbyvaniya nakazaniya [A. time perspective convicted for acquisitive crime in the initial period of the punishment]. *Uchenye zapiski* [Scientific notes]. 2014. N 4. Pp. 54–57.
9. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Psikhologicheskie mekhanizmy koping-povedeniya spetsialistov ekstremal'nykh professii [Psychological Mechanisms of Cop-

ing Behavior of Extreme Professions Specialists]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogy in law enforcement bodies]. 2009. N 2. Pp. 46–50.

10. Sandomirskii M.E. Psikhologicheskaya adaptatsiya v usloviyakh penitentsiarnogo stressa i lichnostno-tipologicheskie osobennosti osuzhdennykh [Psychological adaptation in the conditions of the penitentiary stress and personality-typological characteristics of prisoners]. Ufa 2001. 88 p.

11. Ushatikov A.I., Kazak B.B. Penitentsiarnaya psikhologiya [Penitentiary psychology]. Ryazan'. 2003. 758 p.

12. Folkman S., Lazarus R., Pimley S., Novasek J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Adding*. 1987. Vol. 2. Pp. 106–116.

Received 15.07.2017

**For citing.** Gor'kovaya I.A., Martynova A.A. Sovladayushchee povedenie osuzhdennykh s rasstroistvami prisposobitel'nykh reaktsii v pervonachal'nyi period otbyvaniya nakazanii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. P. 53–63. **(In Russ.)**

Gor'kovaya I.A., Martynova A.A. Coulduse behavior of prisoners with disorders of adaptive reactions in the initial period of punishment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. P. 53–63.

## ПРЕДИКТОРЫ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПРОГРАММЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

<sup>1</sup> Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,  
восстановительной и спортивной медицины  
(Россия, Москва, ул. Земляной вал, д. 53);

<sup>2</sup> Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина  
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23)

Целью исследования было выявление психодиагностических предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции на этапе восстановительного лечения и реабилитации. Были обследованы больные с двигательными нарушениями, получавшие восстановительное лечение (121 человек). Консультация медицинского психолога включала в себя клиническую беседу и диагностическую сессию с использованием психологических опросников SCL-90-R (исследование характеристик психического состояния и оценка уровня текущего дистресса), SF-36 (оценка качества жизни, связанного со здоровьем) и визуальной аналоговой шкалы оценки самочувствия. По итогам первичной диагностики 47 пациентам была рекомендована психологическая коррекция, 74 не нуждались в психологическом сопровождении и составили «группу сравнения». После повторной консультации 33 пациента из 47 были включены в группу «психокоррекция», 14 из 47 высказали психотерапевтический запрос и вошли в группу «психотерапия». По результатам исследования шкала «Ролеевое эмоциональное функционирование» опросника SF-36 и шкалы «Соматизация» и «Общий индекс тяжести дистресса» опросника

---

✉ Кукшина Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, зав. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Верещагина Дарья Анатольевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: adel1137@yandex.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Науч.-исслед. ин-т клинич. онкологии Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., д. 23), e-mail: mitg71@mail.ru.

SCL-90-R могут стать основой формирования названных трех уровней психокоррекционных групп.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психологическая коррекция, нарушения двигательных функций, SCL-90-R, SF-36, визуальная аналоговая шкала.

### **Введение**

Двигательная активность – необходимое условие существования человеческого организма. Нарушение двигательной активности вследствие различных причин ставит перед реабилитологами широкий круг задач, в том числе касающихся психореабилитации. Ограничения двигательной активности, сопутствующие целому ряду заболеваний, фрустрируют одну из основных потребностей человеческого организма – потребность в движении – и приводят к серьезным психологическим проблемам: переживанию чувств бессилия, беспомощности, отчаяния, стыда, утраты человеческого достоинства [1].

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано наличие психологической составляющей в формировании, течении и исходе соматического заболевания [8, 10]. Как правило, преимущественное внимание в литературе акцентируется на расстройствах тревожно-депрессивного спектра и подходах к их медикаментозной и немедикаментозной коррекции [7, 9, 11]. Однако признание самого факта необходимости оказания психологической помощи еще не гарантирует ее эффективности, поскольку в условиях продолжающейся оптимизации современного здравоохранения открытым остается вопрос о том, как именно, по каким критериям среди разнообразия форм и методов [2] выбрать именно тот вариант психокоррекции, который будет сочетать в себе эргономичность реабилитационного процесса и индивидуальный подход к личности больного.

В предыдущей нашей статье [4] было показано, что используемые диагностические опросники SF-36, SCL-90-R и визуальная аналоговая шкала оценки самочувствия (ВАШ) являются эффективными средствами диагностики и динамической оценки психического состояния у пациентов с нарушениями двигательных функций. Учитывая ограниченность медицинского психолога во времени, отведенном на работу с пациентом, была предпринята попытка сконцентрировать внимание специалиста на основных факторах, достоверно определяющих необходимость включения пациентов в программы психологической коррекции.

Цель данного исследования – выявить психодиагностические предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

### **Материал и методы**

В исследование был включен 121 больной, получавший восстановительное лечение в филиале № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы по поводу двигательных нарушений различной этиологии, развившихся на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов, дорсопатий или перенесенного ОНМК. Возраст пациентов составил –  $(54,5 \pm 9,7)$  года, женщин было 85 (70,2 %), мужчин – 36 (29,8 %).

При поступлении в стационар на основании действующего регламента в индивидуальный реабилитационный план этих больных лечащим врачом была назначена консультация медицинского психолога, которая включала в себя клиническую беседу и диагностическую сессию с использованием психологических опросников:

– SCL-90-R [12], который предназначен для исследования характеристик психического состояния и оценки уровня текущего дистресса и состоит из 10 шкал: шкала соматизации (SOM); шкала обсессивности – компульсивности (O-C); шкала межличностной сензитивности (INT); шкала депрессии (DEP); шкала тревожности (ANX); шкала враждебности (HOS); шкала фобии (PHOB); шкала паранойяльных тенденций (PAR); шкала психотизма (PSY); общий индекс тяжести дистресса (GSI);

– SF-36 [6] – рекомендованный международными протоколами опросник оценки качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, состоящий из 36 вопросов, объединенных в 8 шкал, отражающих психическую и физическую составляющие: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH);

– методику ВАШ, широко используемую в здравоохранении [13].

Диагностические методики были отобраны, исходя из их полифакторной структуры, открывающей широкие возможности в плане детализа-

ции различных аспектов функционирования психики пациента в контексте длительно текущего заболевания. Пациенты давали информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Математико-статистическую обработку осуществили в программном пакете Statistica 10.0. Использовали дискриминантный анализ, однофакторный дисперсионный анализ, оценку достоверности различий между двумя выборочными средними проводили по t-критерию Стьюдента.

### Результаты и их анализ

По итогам первичной диагностики 47 пациентам (38,8 %) рекомендовано психологическое сопровождение в виде посещения групп психологической коррекции. Содержанием психокоррекционной работы была информационно-разъяснительная работа, организованная по типу «Школы пациента» в соответствии с нозологической спецификой заболеваний; групповые занятия с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с соматосенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием; индивидуальные сессии полимодальной психотерапии с использованием когнитивно-бихевиоральных, телесно-ориентированных, арт-терапевтических и других техник.

По итогам повторной консультации психолога, проведенной после психокоррекционных мероприятий пациентам, сформировавшим в процессе работы в группе психотерапевтический запрос, были назначены индивидуальные сессии полимодальной психотерапии (рис. 1). Таким образом, 33 (27,2 %) пациента включены в группу с условным названием «психокоррекция» (2-я группа), 14 (11,6 %) пациентов – в группу «психотерапия» (3-я группа). При выписке из стационара эффективность различного рода психологического сопровождения инструментально оценивалась. Не нуждавшиеся в психологическом сопровождении 74 (61,2 %) пациента составили «группу сравнения» (1-я группа).

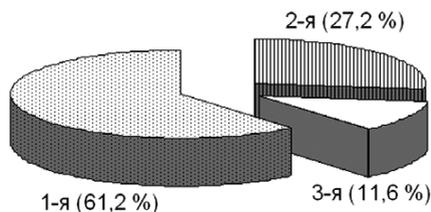


Рис. 1. Распределение пациентов по группам

На следующем этапе работы осуществлялся поиск психодиагностических предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции. К эмпирическим данным, полученным в результате первичной консультации психолога, была применена процедура дискриминантного анализа, основная задача которого – создание классификации объектов на основании имеющихся признаков [3]. В данном случае количественная интерпретация результатов анализа позволила прояснить вопрос о том, насколько достоверно могут быть различены исследовательские группы на основании характеристик текущего психического состояния, КЖ, субъективного ощущения самочувствия.

Как переменные-предикторы в анализ включались данные методик SCL-90-R, SF-36, ВАШ – всего 17 характеристик. В качестве зависимой переменной рассматривалась классификация исследовательских групп с точки зрения применяемых видов психокоррекционного воздействия. Применялся стандартный метод дискриминантного анализа. В результате были определены 2 дискриминантные функции, каждая из которых объяснила 71 и 29 % дисперсии зависимой переменной соответственно. Обе дискриминантные функции являются статистически значимыми, поскольку критерий  $\lambda$ -Уилкса ( $\lambda = 0,38$ ) является значимым как для 1-й ( $\chi^2_{36} = 105,4$ ;  $p = 0,001$ ), так и для 2-й функции ( $\lambda = 0,73$ ,  $\chi^2_{17} = 34,4$ ;  $p = 0,008$ ).

С учетом результатов однофакторного дисперсионного анализа дискриминантных переменных было произведено ранжирование предикторов по возрастанию уровня статистической достоверности и убыванию значения статистики F-удаления, что позволяет выделить наиболее существенные: предикторы с самым статистически высоким уровнем значимости и самым большим значением статистики F-удаления считаются лучшими дискриминаторами [3]. Результаты ранжирования представлены в табл. 1.

Из представленных в табл. 1 результатов ранжирования видно, что количество переменных-предикторов может быть сокращено с 17 до 8, поскольку на достоверном уровне статистической значимости ( $p \leq 0,05$ ) различают исследовательские группы только следующие характеристики: RE, PSY, SOM, GSI, SF, ANX, O-C, DEP. При этом, с учетом количественных критериев выборки, наиболее существенными следует считать те переменные-предикторы, у которых уровень статистической достоверности максимальный, при  $p \leq 0,001$  [5]. Таковыми являются RE, PSY, SOM, GSI, причем в качестве наиболее значимого из вероятных предикторов, лучше

всего различающего три группы ( $F = 14,28$ ,  $p = 0,001$ ), может быть выделена шкала RE опросника SF-36.

Таблица 1

Ранжирование переменных-предикторов по уровню статистической достоверности

Предиктор	F-удаления	p =
RE	14,28	0,001
PSY	6,26	0,003
SOM	6,13	0,003
GSI	5,19	0,007
SF	4,84	0,01
PHOB	4,83	0,01
O-C	4,07	0,02
DEP	4,02	0,02
MH	2,92	0,06
ANX	2,64	0,08
PF	1,95	0,15
PAR	1,71	0,19
HOS	0,88	0,42
BAШ	0,63	0,54
GH	0,35	0,71
RP	0,19	0,83
INT	0,11	0,89
BP	0,03	0,97
VT	0,01	0,99

Первая дискриминантная функция максимально дифференцировала 1-ю группу от остальных исследовательских групп, 2-я дискриминантная функция максимально выделила 2-ю группу. Анализ центроидов (табл. 2) показывает, что на положительном полюсе 1-й функции находится 1-я группа пациентов, на отрицательном – 2-я и 3-я группы, то есть чем больше значение этой функции, тем выше вероятность вхождения больного в 1-ю группу.

На положительном полюсе второй функции находится Группа 2, то есть чем больше значение этой функции, тем выше вероятность отнесения больного к Группе 2.

Таблица 2

Значения дискриминантных функций для групповых центроидов

Группа	Дискриминантная функция	
	1-я	2-я
1-я	0,63	-0,26
2-я	-0,46	0,93
3-я	-2,26	-0,83

Анализ величин структурных коэффициентов дискриминантных функций (табл. 3) показывает, что 1-я функция, дифференцирующая 1-ю группу от остальных исследовательских групп, имеет наиболее высокие положительные корреляции с переменной RE (0,59) и отрицательные корреляции со шкалами SOM (-0,40), PSY (-0,43), GSI (-0,43), DEP (-0,50).

Таблица 3

Значения структурных коэффициентов дискриминантных функций

Предиктор	Дискриминантная функция	
	1-я	2-я
RE	0,59	-0,35
PSY	-0,43	-0,27
SOM	-0,40	-0,01
GSI	-0,43	-0,09

2-я дискриминантная функция имеет единственную высокую отрицательную корреляцию со шкалой RE (-0,35). Таким образом, видно, что показатели по данной шкале при переходе от 1-й ко 2-й дискриминантной функции сохраняют свою значимость и с высокой степенью достоверности могут быть обозначены как основной предиктор включения больного в процесс психореабилитации. Графическое представление описанных результатов представлено на рис. 2.

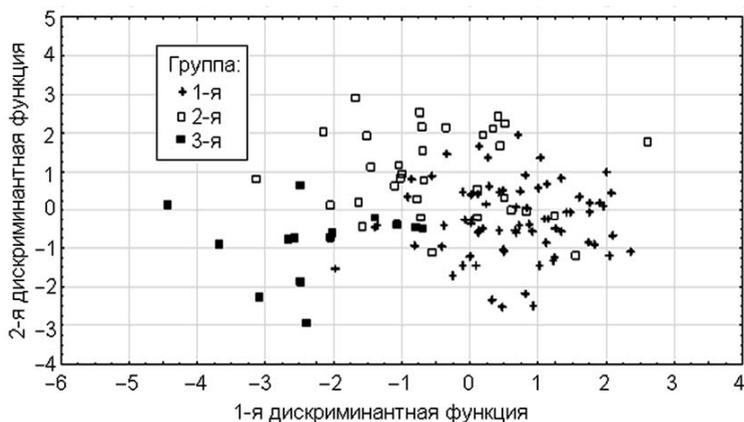


Рис. 2. Результаты дискриминантного анализа  
(распределение объектов в пространстве канонических функций)

Дальнейшее привлечение к анализу данных описательной статистики для исследовательских подгрупп и соотнесение их с нормативными данными позволяет рассуждать о некоторых особенностях исследовательских групп. Достоверность различий оценивалась по двустороннему t-критерию Стьюдента. Условно-нормативные данные приведены по результатам валидации методик, при этом совокупная выборка для опросника SCL-90-R составила 1466 человек [13], для опросника SF-36 – 2114 человек [7].

Как следует из представленных данных (табл. 5), средние значения ролевого эмоционального функционирования (RE) опросника SF-36, отражающей степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, у пациентов 1-й группы достоверно не отличается от нормы, у 2-й группы достоверно ниже нормативных данных, у 3-й группы самые низкие показатели, что свидетельствует о наиболее существенных, нуждающихся в более глубокой, нежели на уровне симптома, то есть психотерапевтической, проработке нарушениях психологической составляющей качества жизни, связанного со здоровьем, именно в этой группе пациентов. Кроме того, высокий, по сравнению с нормой, уровень текущего дистресса (шкала GSI опросника SCL-90-R) зарегистрирован также только в 3-й группе.

Таблица 5

Значения шкал-предикторов включения в группах, (M ± SD) балл

Предиктор	Группа				p < 0,001
	1-я	2-я	3-я	норма (4)	
RE	67,3 ± 40,2	26,4 ± 39,8	9,6 ± 20,6	66,5 ± 36,7	2/4; 3/4
PSY	0,2 ± 0,3	0,3 ± 0,3	0,7 ± 0,6	0,4 ± 0,5	1/4
SOM	0,9 ± 0,7	1,2 ± 0,6	1,7 ± 1,0	0,7 ± 0,7	1/4; 2/4; 3/4
GSI	0,5 ± 0,4	0,7 ± 0,5	1,1 ± 0,6	0,6 ± 0,5	3/4

Достоверное превышение по сравнению с нормативными данными результатов обследования по шкале SOM опросника SCL-90-R во всех исследовательских группах вполне предсказуемо, ожидаемо и объяснимо, поскольку психологическое содержание этого предиктора представляет собой некий соматический эквивалент тревожности – дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции, невозможности, как уже упоминалось выше, полноценно реализовать естественную потребность каждого живого организма, потребность в движении.

Следует заметить, что достоверность различий значений по шкале PSY опросника SCL-90-R в данном случае может не приниматься во внимание, так как имеет инверсивное значение: в 1-й и 2-й группах PSY существенно снижен по сравнению с нормативным значением (см. табл. 5).

Заключительный этап работы был посвящен проверке корректности произведенной классификации и, соответственно, ценности прогноза, которая описывалась в терминах процентной соотнесенности в отношении возможности включения пациента в ту или иную группу психокоррекционного воздействия (табл. 6).

Таблица 6

Прогностическая ценность дискриминантного анализа

Группа	Группа			Корректная классификация, %
	1-я	2-я	3-я	
1-я	66	7	1	89,2
2-я	10	20	3	60,6
3-я	3	1	10	71,4
Общая	74	33	14	73,3

Общая прогностическая ценность проведенного дискриминантного анализа составила 73,3 % (см. табл. 6). Процент корректной классифика-

ции в отношении 1-й группы составил 89,2, 2-й – 60,6, 3-й – 71,4. Выявленные показатели свидетельствуют о высокой прогностической ценности проведенного исследования.

### **Заключение**

Проведенный анализ первичного обследования медицинского психолога позволил в качестве наиболее значимых предикторов для рекомендации к включению в индивидуальный реабилитационный план пациентов с нарушением двигательных функций того или иного вида психокоррекционного воздействия шкалы «Ролевое эмоциональное функционирование, RE» опросника SF-36 и шкал «Соматизация, SOM» и «Общий индекс тяжести дистресса, GSI» опросника SCL-90-R.

Именно эти показатели и могут стать основой формирования трех уровней психокоррекционных групп на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения: низкий уровень ролевого эмоционального функционирования и высокий уровень текущего дистресса могут послужить своеобразным маркером необходимости для психотерапевтической работы при условии сформированности у пациента психотерапевтического запроса, что может быть достигнуто и в ходе краткосрочных психокоррекционных мероприятий, а также в результате информационно-разъяснительной работы психолога в ходе первичной диагностической сессии.

### **Литература**

1. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. – Самара : Бахрах-М, 2011. – 272 с.
2. Избранные лекции по медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева. – Тамбов : Юлис, 2016. – 278 с.
3. Крамер Д. Математическая обработка данных в социальных науках: современные методы : учеб. пособие. – М. : Академия, 2007. – 288 с.
4. Кушкина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в процессе психокоррекции у пациентов с нарушениями двигательных функций // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 62 (67). – С. 110–123.
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. – 3-е изд., стереотип. – СПб. : Речь, 2007. – 392 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа групп, 2007. – 320 с.

7. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (ред. 2008 г.) : в 3 т. / под ред. В.Н. Краснова. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 2010. – Т. 2. Депрессия и соматические заболевания. – 171 с.

8. Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Экспресс-диагностика депрессий [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3. – URL: <http://medpsy.ru>.

9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств у подростков в общемедицинской практике : метод. рекомендации. – СПб. : С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им В.М. Бехтерева, 2012. – 22 с.

10. Соколов В.А., Чернобавская М.Н. Психосоматический компонент в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы // Глаукома. Журн. НИИ глазных болезней РАМН. – 2013. – № 3, ч. 2. – С. 132–139.

11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 256 с.

12. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.]. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М. : Когито-центр, 2007. – Ч. 1. Теория и методы. – 208 с.

13. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Литвиненко М.М. QALY: история, методология и будущее метода // Фармакоэкономика. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 7–11.

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

Поступила 11.07.2017

**Для цитирования.** Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 64–76.

---

#### **PREDICTORS OF THE INCLUSION OF PATIENTS WITH MOVEMENT DISORDERS IN VARIOUS PSYCHOCORRECTION PROGRAMS**

**Kukshina A.A.<sup>1</sup>, Kotel'nikova A.V.<sup>1</sup>, Verechshagina D.A.<sup>1</sup>, Tkachenko G.A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine  
(Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, Russia)

<sup>2</sup> Russian Cancer Research Center named. N. Blokhin  
(Kashirskoye road, 23, Moscow, Russia)

✉ Anastasiya Alekseevna Kukshina – PhD Med. Sci., manager of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia); e-mail: [kukshina@list.ru](mailto:kukshina@list.ru);

Anastasiya Vladimirovna Kotel'nikova – PhD Psychol. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Dar'ya Anatol'evna Vereshchagina – PhD Med. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: adel1137@yandex.ru;

Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist Clinical Oncology, Russian Cancer Research Center named N. Blokhin (Kashirskoye road, 23, Moscow, 115478, Russia); e-mail: mitg71@mail.ru.

**Abstract.** The aim of the research was to identify psychodiagnostic predictors of inclusion of patients with movement disorders in various programs of psychocorrection at the stage of restorative treatment and rehabilitation. 121 patients with movement disorders receiving recovery treatment were included in the study. The psychological consultation consisted of clinical interview and diagnostic session used psychological questionnaires SCL-90-R (study of the characteristics of psycho-emotional state and assessment of the level of current distress), SF-36 (assessment of quality of life related with health) and visual analogue scale of health evaluation. Based on the results of the primary diagnostics, for 47 patients was recommended psychological correction, 74 patients did not need psychological help and made up «a control group». After repeated consultations 33 patients out of 47 were included in the group «psychocorrection», 14 out of 47 expressed psychotherapeutic request and were included in the group «psychotherapy». According to the results of the study, the scale «Role emotional functioning» of questionnaire SF-36 and the scales «Somatization» and «General severity index of distress» of questionnaire SCL-90-R can become the basis for the formation of these three levels of psychocorrectional groups.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, psychological correction, movement disorders, SCL-90-R, SF-36, visual analogue scale.

## References

1. Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prikhod'ko M.S. Psikhologicheskaya reabilitatsiya patsientov s posledstviyami spinal'noi travmy [Psychological rehabilitation of patients with consequences of spinal cord injury]. Samara. 2011. 272 p. (In Russ.)
2. Izbrannye lektsii po meditsinskoj reabilitatsii. Eds.: A.N. Razumov, E.A. Turovf, V.I. Koryshev [Selected lectures on medical rehabilitation]. Tambov. 2016. 278 p. (In Russ.)
3. Kramer D. Matematicheskaya obrabotka dannykh v sotsial'nykh naukakh: sovremennyye metody [Mathematical processing of data in the social sciences: modern methods: a textbook for university students]. Moskva. 2007. 288 p. (In Russ.)
4. Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Skringovoe ispol'zovanie oprosnikov SCL-90-r, SF-36 i vizual'noi analogovoi shkaly v protsesse psikhokorreksii u patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii [Screening use of questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale in the

process of psychocorrection of the patients with movement disorder]. *Vestnik psikhoterapii*. [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 62. Pp. 110–123. (In Russ.)

5. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. Sankt-Peterburg. 2007. 392 p. (In Russ.)

6. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guide to the study of quality of life in medicine]. Ed.: Yu.L. Shevchenko. Moskva. 2007. 320 p. (In Russ.)

7. Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroistvam (redaktsiya 2008 g.) [Educational program for depressive disorders (revised 2008)]. In 3 Vol. Ed. V.N. Krasnov. Moskva. 2010. Vol. 2. Depressiya i somaticheskie zabolevaniya [Depression and somatic diseases]. 171 p. (In Russ.)

8. Pakriev S.G., Kovalev Yu.V. Ekspres-diagnostika depressii [Express diagnostics of depressions] [Electronic resource]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ.)

9. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Rannaya diagnostika trevozno-fobicheskikh rasstroistv u podrostkov v obshchemeditsinskoj praktike [Early diagnosis of anxiety and phobic disorders in adolescents in General practice]. Sankt-Peterburg. 2012. 22 p. (In Russ.)

10. Sokolov V.A., Chernobavskaya M.N. Psikhosomaticheskii komponent v patogeneze pervichnoi otkrytougol'noi glaukomy [Psychosomatic component in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma]. *Glaukoma*. [Glaucoma]. 2013. N 3, Pt. 2. Pp. 132–139. (In Russ.)

11. Smulevich A.B. Depressii v obshchei meditsine: rukovodstvo dlya vrachei [Depression in general medicine: a guide for physicians]. Moskva. 2007. 256 p. (In Russ.)

12. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V. [et al.]. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Practical Guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moskva. 2007. Pt. 1. Teoriya i metody [Teoriya i metody]. 208 p. (In Russ.)

13. Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Litvinenko M.M. QALY: istoriya, metodologiya i budushchee metoda [QALY: history, methodology and future of the method]. *Farmakoekonomika* [Pharmacoeconomics]. 2010. Vol. 3, N 1. Pp. 7–11. (In Russ.)

Received 11.07.2017

**For citing:** Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Vereshchagina D.A., Tkachenko G.A. Prediktory vklucheniya patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii v razlichnye programmy psikhokorreksii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 64–76. (In Russ.)

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Predictors of the inclusion of patients with movement disorders in various psychocorrection programs. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 64–76.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМ У УЧИТЕЛЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ

Российская академия народного хозяйства и государственной службы  
при Президенте РФ (Россия, Москва, пр. Вернадского, д. 84)

Представлены результаты эмпирического исследования на выборке из 78 школьных учителей. Выявлена прямая взаимосвязь между общими уровнями перфекционизма и выгорания, а также их корреляции со всеми аспектами выгорания и видами перфекционизма соответственно. Результаты опроса свидетельствуют о наличии многочисленных связей интегрального уровня эмоционального выгорания и его структурных компонентов с перфекционизмом в целом и его видами. Обнаружено, что показатели деперсонализации связаны с выраженностью всех видов перфекционизма, эмоциональное истощение имеет связь с социально-предписанным и ориентированным на себя перфекционизмом, а самооценка профессиональной эффективности коррелирует только с социально-предписанным перфекционизмом. Обсуждаются механизмы влияния различных видов перфекционизма на особенности поведения и психические состояния учителей, связанные с симптомами выгорания. На основе корреляционного и регрессионного анализа сделан вывод, что уровень выгорания в наибольшей мере зависит от социально-предписанного перфекционизма. Также регрессионный анализ показал, что в обследованной группе учителей на уровень перфекционизма в целом и его видов влияет лишь эмоциональное истощение.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психодиагностика, перфекционизм, эмоциональное выгорание, иррациональное убеждение, педагог.

### Введение

Важной задачей современной психологии является обеспечение профессионального долголетия субъектов различных видов труда, в частности – за счет профилактики или уменьшения негативного влияния деятельности на человека. При этом одним из наиболее распространенных видов профессиональных деформаций можно считать эмоциональное выгорание. В рамках изучения психологических механизмов его возникновения и развития исследователи обращаются к широкому спектру явлений характеристик, однако относительно недооцененной остается роль, которую в

---

✉ Мельничук Андрей Степанович – канд. психол. наук доц., каф. акмеологии и психологии проф. деятельности, Рос. акад. нар. хозяйства и гос. службы при Президенте Рос. Федерации (Россия, 119606, Москва, пр. Вернадского, д. 84), e-mail: melnichuk-as@ranepa.ru.

детерминации выгорания играют убеждения личности, в первую очередь – иррациональные. Как показал проведенный автором статьи анализ [7], убеждения тесно связаны с рядом личностных особенностей, повышающих уязвимость к выгоранию. Они во многом опосредуют воздействие внешних профессионально-организационных факторов выгорания (влияя тем самым на степень их травматичности и вероятность появления деформаций). Наконец, убеждения определяют возможность и степень использования ресурсов, значимых для противодействия или профилактики выгорания.

На развитие выгорания способны повлиять различные устойчивые представления человека, среди которых особое место занимает перфекционизм. В научных публикациях обычно исходят из его «мотивационной» трактовки (как стремления человека к реализации в деятельности крайне высоких стандартов). Однако перфекционизм по своей сущности представляет собой не только такое стремление, но также иррациональное убеждение в обязательности соответствия идеалу (как самого человека, так и окружающего мира). При этом перфекционизм предполагает выраженность дихотомического (поляризованного) мышления [3], т. е. убежденность в том, что существуют только полная победа или полный провал.

В современной зарубежной литературе перфекционизм рассматривается в качестве весьма значимого фактора выгорания [19]. Связь данных феноменов прослеживается в нескольких аспектах.

С одной стороны, перфекционизм может лежать в основе формирования выгорания, так как оно связано не только с содержательной спецификой деятельности (интенсивность и сложность общения) или объемом трудовой нагрузки, но и с отношением к ней субъекта. Согласно формулировке М. Буриша, «тот, кто выгорает, когда-то должен был загореться» [цит. по 12, с. 87], т. е. возникновению выгорания способствует высокая значимость выполняемой работы и стремление человека сделать ее как можно лучше (например, помочь людям решить их проблемы, отлично подготовить учеников и т. д.). При этом субъективно принятые профессионалом-энтузиастом показатели качества деятельности часто оказываются завышенными или нереалистичными, т. е. носят перфекционистский характер.

С другой стороны, развитие выгорания и отчуждение человека от деятельности провоцирует складывающееся у человека представление о невозможности полноценно реализовать личностно желаемые стандарты [9, с. 74–75; 12, с. 87]. При этом чем более они будут связаны с достижением совершенства, тем с большей вероятностью профессионал станет испытывать разочарование от субъективной неэффективности деятельности и

острее ее переживать. По сути, именно о перфекционизме говорит Х. Фишер, рассматривающий выгорание как «своеобразную и достаточно дорогую плату за попытку сохранить свои идеалы» [9, с. 82]. Отметим, что негативные стороны перфекционизма связываются не со стремлением к достижениям, а с оценкой человеком степени своего соответствия идеалу (причем «ощущения несоответствия играют важную роль в переживании дистресса» [15, с. 162]). В свете этого можно предположить наличие своеобразного «взаимного усиления» выгорания и перфекционизма. Оно возникает, когда нереализованность (или даже нереализуемость) сверхвысоких притязаний ведет к выгоранию, а его симптомы (усталость, падение мотивации, нежелание вступать в контакты) объективно не дают возможности соответствовать лично значимым стандартам (что повышает уровень фрустрации).

На фоне достаточно большого числа зарубежных публикаций, затрагивающих перфекционизм в контексте выгорания, сложившаяся в российской науке ситуация выглядит парадоксальной. Эмоциональное выгорание можно рассматривать как один из наиболее «популярных» объектов отечественных психологических исследований [2, 9], а в последние 10–15 лет резко возрос интерес и к феномену перфекционизма [14]. Однако совместное рассмотрение выгорания и перфекционизма представлено лишь единичными работами, выполненными на контингенте врачей и педагогов [1, 6]. В силу этого изучение специфики взаимосвязи перфекционизма и выгорания на отечественных выборах представляется достаточно актуальным и значимым.

*Цель исследования* – оценка взаимосвязи показателей перфекционизма и эмоционального выгорания у педагогов средних школ.

### **Материал и методы**

Обследовали 78 учителей средних школ г. Сызрани, женщин было 75, мужчин – 3. Средний возраст респондентов составил  $(43,2 \pm 1,3)$  года (минимальный возраст – 20 лет, максимальный – 74 года). Средний стаж педагогической деятельности –  $(20,1 \pm 1,3)$  года (минимальный стаж – 1 год, максимальный – 47 лет).

Выраженность психического выгорания оценивали при помощи «Опросника психического выгорания для работников социальных профессий», содержащий 50 утверждений [10], сгруппированных в шкалы «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Самооценка профессиональной эффективности» и общий «Индекс психического выгорания»

Для изучения выраженности перфекционизма использовали многопрофильную шкалу П. Хьюитта и Г. Флетта [4]. Шкала содержит 45 утверждений, позволяющих выявлять общий уровень перфекционизма и уровень выраженности трех его видов (ориентированного на себя, ориентированного на других и социально-предписанного).

Результаты исследования проверили на нормальность распределения признаков. В тексте представлены средние арифметические величины и ошибки средних показателей. Связь между различными признаками определяли при помощи ранговой корреляции Спирмена и регрессионного анализа.

### Результаты их анализ

Результаты статистического анализа (табл. 1) показали прямую взаимосвязь между интегральными уровнями выгорания и склонности к перфекционизму (что соответствует тенденции, полученной М.В. Ларских на сходной выборке). При этом обратим внимание, что интегральный «Индекс психического выгорания» коррелирует со всеми видами перфекционизма, но в разной мере. В наибольшей степени он оказался связан с социально-предписанным перфекционизмом, в то время как сила его связи с перфекционизмом, направленным на себя или на других, существенно ниже.

Таблица 1

Значимые взаимосвязи между аспектами эмоционального выгорания и видами перфекционизма

Шкала эмоционального выгорания	Общий уровень перфекционизма	Вид перфекционизма		
		ориентированный на себя	ориентированный на других	социально-предписанный
Эмоциональное истощение	$r = 0,38$ ; $p = 0,001$	$r = 0,34$ ; $p = 0,002$	–	$r = 0,44$ ; $p = 0,001$
Деперсонализация	$r = 0,37$ ; $p = 0,001$	$r = 0,33$ ; $p = 0,003$	$r = 0,25$ ; $p = 0,050$	$r = 0,40$ ; $p = 0,003$
Самооценка профессиональной эффективности	$r = 0,22$ ; $p = 0,051$			$r = 0,32$ ; $p = 0,005$
Индекс психического выгорания	$r = 0,38$ ; $p = 0,001$	$r = 0,30$ ; $p = 0,008$	$r = 0,28$ ; $p = 0,014$	$r = 0,44$ ; $p = 0,001$

Обратимся к феномену деперсонализации (как связанному со всеми видами перфекционизма). На основе результатов опроса мы можем говорить о наличии явно ненормальной для педагогической деятельности си-

туации, когда все более выраженное стремление «быть на высоте» и добиваться совершенства от других людей сопровождается повышением формальности общения и желанием вообще избегать эмоционально нагруженного включения в профессиональное взаимодействие.

Более ярко данные негативные изменения в личности и деятельности учителя раскрывают корреляции между общим уровнем перфекционизма и некоторыми пунктами опросника оценки выгорания. Так, одной из ключевых составляющих профессионализма учителя является внимание к ученикам и терпение. Однако оказалось, что чем выше интегральный уровень перфекционизма, тем более учитель:

- согласен с тем, что он испытывает раздражение от рассказов учеников о своих проблемах ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ );
- стремится поскорее «отделаться» от учеников ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,001$ );
- все более действует при этом по принципу «спасение утопающих – дело рук самих утопающих» ( $r = 0,331$ ;  $p < 0,01$ ).

Детерминанты описанной тенденции могут быть раскрыты, исходя из выявленных взаимосвязей аспектов выгорания и видов перфекционизма. Прежде всего рассмотрим прямую корреляцию деперсонализации и перфекционизма, ориентированного на себя (т. е. ориентации на предельно высокие стандарты деятельности). Отметим, что в обследованной выборке именно данный вид перфекционизма оказался наиболее выраженным. Его средний показатель равен ( $66,3 \pm 1,2$ ) балла, что значимо ( $p < 0,001$ ) выше, чем средние значения перфекционизма ориентированному на других – ( $56,1 \pm 1,2$ ) балла и социально-предписанному перфекционизму – ( $58,8 \pm 0,9$ ) балла.

Логично исходить из того, что результат работы учителя лишь в определенной мере зависит от его собственного профессионализма и интенций. Однако ориентированный на себя перфекционизм предполагает не только стремление к наивысшему качеству, но также и повышенную самокритичность и ответственность за неполное соответствие идеалу. Как отмечают зарубежные психологи, типичной моделью действий перфекциониста оказывается приложение еще больших усилий ради достижения субъективно требуемого качества деятельности и тем самым – компенсации угрозы самооценке. Однако такое поведение в длительной перспективе оказывается дезадаптивным в силу повышенного расхода личностных ресурсов [16, с. 350]. Следствием становится резкое увеличение утомления вплоть до хронической усталости (что подтверждает прямая корреляция ориентированного на себя перфекционизма и психоэмоционального исто-

щения). В свою очередь, возрастающая деперсонализация может служить субъективным средством выхода из «нагружающей» и «напрягающей» человека профессиональной ситуации.

Деперсонализация также имеет прямую связь с перфекционизмом, ориентированным на других людей (причем этот вид перфекционизма оказался связан только с указанным аспектом выгорания). Это само по себе парадоксально, так как достижение школьниками высоких результатов, по своей сути, требует достаточно тесного и глубокого взаимодействия с наставником. Однако чем более учитель склонен предъявлять к учащимся сверхвысокие требования, тем в большей мере он согласен с высказываниями:

– «Я все чаще замечаю, что стараюсь поскорее “отделаться” от своих учеников» ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ )

– «Непонятливость моих учеников раздражает меня» ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Отметим, что в обследованной группе отсутствует связь ориентированного на окружающих перфекционизма и эмоционального истощения (хотя мотивация учащихся на максимальные достижения и помощь им в этом процессе, несомненно, требует значительной усилий от педагога). Это может быть обусловлено тем, что высокая требовательность учителя к ученикам изначально предполагается профессиональной ролью и способна вести к выгоранию только при определенных условиях.

Такие условия могут создаваться при существенном расхождении профессиональных ожиданий и реальности. Если личностно значимые требования к учащимся оказываются чрезмерными и в силу этого постоянно не выполняются, это создает фрустрирующую для перфекциониста ситуацию. Одним из ее потенциальных следствий может стать восприятие учащихся как «неблагодарных», «не желающих учиться», с которыми имеет смысл взаимодействовать сугубо формально. Аргументом в пользу достаточно высокой вероятности возникновения такого эффекта выступают исследования, показавшие, что учителям с высоким уровнем выгорания присуще более негативное восприятие других людей и своих учеников [9, с. 156–162]. Отметим, что такая же социально-перцептивная тенденция была выявлена и в выборке «выгоревших» руководителей, для которых оказались характерны недооценка интеллекта коллег, приписывание им заурядности и глупости [8, с. 20].

Также отметим, что невозможность добиться от учеников желаемого уровня подготовленности может вести к сомнениям учителя в своей спо-

способности обеспечить субъективно качественный результат деятельности (тем самым лишая деятельность смысла и увеличивая ощущение усталости). Это тем более вероятно, что в обследованной группе существует значимая взаимосвязь между перфекционизмом, ориентированным на себя и на других ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,001$ ).

Как следует из табл. 1, наиболее «весомые» связи с выраженностью выгорания в целом и его проявлениями имеет социально-предписанный перфекционизм – представление о том, что окружающие навязывают чрезмерно высокие стандарты. Сходный результат был получен М.В. Ларских, согласно которой, общий уровень выгорания у учителей был связан с «ощущением, что другие люди ожидают от них слишком многого» [6, с. 140].

Кроме того, регрессионный анализ показал, что в нашей выборке только социально-предписанный перфекционизм оказывает влияние на общий уровень выгорания и его проявлений (табл. 2).

Таблица 2

Влияние социально-предписанного перфекционизма на параметры эмоционального выгорания

Параметр эмоционального выгорания	Степень влияния социально-предписанного перфекционизма на параметры эмоционального выгорания		
	b	p <	доля дисперсии, %
Общий уровень выгорания	0,49	0,01	30,5
Эмоциональное истощение	0,43	0,001	34,1
Деперсонализация	0,34	0,01	24,3
Самооценка профессиональной эффективности	0,37	0,01	11,8

Особая роль социально-предписанного перфекционизма в формировании выгорания отмечается зарубежными авторами. Согласно имеющимся данным, он практически всегда прямо связан с интегральным уровнем выгорания, в то время как в отношении иных видов перфекционизма такая связь может быть обратной или вообще отсутствовать. Примером этого могут служить исследования, проведенные на иранской [22, с. 165] и английской [17, с. 257] выборках.

Согласно результатам лонгитюдного исследования учителей из Великобритании, социально-предписанный перфекционизм правомерно рассматривать как значимый предиктор увеличения выгорания. Уровень дан-

ного вида перфекционизма имел прямое влияние на выраженность всех симптомов выгорания в 3-месячной перспективе. По данным регрессионного анализа, ориентированный на себя перфекционизм не способствовал развитию синдрома выгорания: корреляционным анализом была выявлена его связь лишь с увеличением эмоционального истощения [16, с. 357–358].

В рассматриваемом контексте также следует учитывать разделение перфекционизма на адаптивный и дезадаптивный. Первый связан собственно со стремлением к высоким личностным стандартам и часто соотносится с направленным на себя перфекционизмом (и, в определенной мере – направленным на других). Второй проявляется в повышенном беспокойстве по поводу возможных ошибок и острым переживанием своего несоответствия идеалу. Он в большей степени связан с уровнем социально-предписанного перфекционизма (обусловленным как актуальным окружением, так и родительскими требованиями и ожиданиями). При этом выгорание в первую очередь детерминируется именно «перфекционистским беспокойством», в то время как «перфекционистские стремления» могут иметь с ним более амбивалентную связь [20, с. 38–40].

Такой подход получил подтверждение в опросе немецких учителей. Во-первых, только уровень негативной реакции на собственное несовершенство» прямо коррелировал как с общим показателем выгорания, так и с каждым из его компонентов. При этом «стремление к совершенству» не имело значимых корреляций с выгоранием, а по данным регрессионного анализа – даже влияло на его снижение (как в целом, так и по каждому из симптомов). Во-вторых, все виды ощущаемого педагогом «перфекционистского давления» (со стороны коллег, учащихся и их родителей) были значимо связаны с общим выгоранием и его симптомами. В-третьих, коэффициент корреляции со степенью ощущения давления оказался гораздо выше именно у «перфекционистских переживаний» (так в случае с давлением родителей студентов он равен 0,57 в сравнении с 0,40 в случае «перфекционистских стремлений») [20, с. 43–45; 47].

Острое восприятие учителями внешнего побуждения к сверхвысоким стандартам объективно детерминировано рядом факторов. С одной стороны, оно связано с социально-ролевыми требованиями к учителю, который должен всегда «быть на высоте» и являться примером для школьников (выступать «носителем нормы»). С другой стороны, крайне значимой детерминантой рассматриваемого типа перфекционизма становятся постоянно возрастающие требования к профессиональному уровню и качеству работы учителей со стороны органов управления образованием и админи-

страции школ (причем не всегда обоснованные и реалистичные, а также слабо увязанные между собой), сопровождающиеся часто высказываемым тезисом о несоответствии компетенций педагогов современным запросам.

При этом следует учитывать наличие взаимосвязи социально-предписанного перфекционизма с его другими видами – ориентированным на себя ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,001$ ) и на других ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,001$ ). Первая из связей важна в силу того, что учитель-перфекционист с большой вероятностью склонен принимать внешние требования «как свои», воспринимая несоответствие им как «удар» по своей самооценке и фактор социального неодобрения. Кроме того, он будет более остро переживать невозможность полноценно соответствовать требованиям в силу того, что они часто являются размытыми, противоречивыми или же непредсказуемо меняющимися. Вторая из связей заставляет педагога еще больше требовать от учащихся, что, как отмечено выше, ведет к росту негативных эмоций.

Отметим, что внешнее «принуждение к совершенству» (если использовать это весьма меткое выражение Н.Г. Гаранян [3, с. 76]) резко усиливает негативное воздействие базовой для эмоционального выгорания причины (интенсивного ответственного общения) за счет повышенного расхода физических и психических ресурсов на достижение «нужного уровня» и соответствия ожиданиям окружающих. Об этом говорит корреляция между социально-предписанным перфекционизмом и уровнем эмоционального истощения, имеющая наибольшую величину среди всех приведенных в табл. 1 взаимосвязей. Исходя из этого, можно предположить, что возрастание деперсонализации при увеличении социально-предписанного перфекционизма может выступать в качестве субъективно доступного средства снижения нагрузки на психику (поскольку сокращение затраты ресурсов за счет иных аспектов деятельности является затруднительным или же внешне неодобряемым).

Представляется важным выделить еще один аспект влияния социально-предписанного перфекционизма на выгорание, который можно увидеть при анализе взаимосвязи данного вида перфекционизма с самооценкой педагогом своей профессиональной эффективности. Этим термином в методике В.Е. Орла и И.Г. Сенина назван параметр, более традиционно обозначаемый как «редукция профессиональных достижений», причем данная шкала является «обратной» (чем выше балл, тем ниже самооценка профессиональной эффективности и выше редукция достижений).

Согласно полученным данным, чем в большей степени учитель воспринимает требования окружающих к своему уровню и качеству труда как

чрезмерные, тем в меньшей степени он 1) мотивирован и вовлечен в свою деятельность, 2) рассматривает себя как себя компетентного специалиста, а также 3) считает возможной продуктивную самореализацию и развитие в профессии.

Такая ситуация весьма парадоксальна именно с точки зрения требуемого от педагога постоянного личностно-профессионального совершенствования. Снижение оценки профессиональной эффективности делает такое совершенствование субъективно мало востребованным, поскольку его результаты оказываются не важны в рамках личностно исчерпавшей себя работы. Например, А.Н. Густелева выявила, что рост уровня выгорания у учителей сопровождается падением значимости ценностей «исполнительность» и «нетерпимость к недостаткам в себе» [5, с. 50].

Более того, негативное восприятие себя как профессионала и своей трудовой результативности (что само по себе способно стать импульсом для развития) блокируется представлением о невозможности что-либо изменить. Одним из возможных источников такой реакции может стать внутреннее согласие со своим «несовершенством» по принципу «со стороны виднее». Так, у работников сферы образования с высокими показателями выгорания были выявлены значимо более низкие уровни самооценки [11, с. 14] и самоуважения [13, с. 20] по сравнению с «низко выгоревшими».

Мы полагаем, что обесмысливание продуктивной профессиональной деятельности и совершенствования может происходить и в силу неверия в возможности их реализовать на требуемом «извне» уровне. Например, сегодня одним из значимых (и при этом внешне оцениваемых) аспектов деятельности учителя становится его творческая активность в отношении приемов преподавания, организации мероприятий с учениками и т. д. При этом предполагается, что такая деятельность должна быть внутренне мотивированной. Однако оказалось, что чем больше педагог ощущает внешнее давление для соответствия «идеалу», тем в большей мере он соглашается с высказыванием «инициатива наказуема» ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Причина может быть в том, что любое творчество по своей сути предполагает вероятность неудачи и, соответственно, создает риск несоответствия внешне предписанным требованиям. Показательно, что снижение самооценки профессиональной эффективности прямо связано с не вполне конструктивными убеждениями учителей в том, что при совершении ими ошибки окружающие разочаруются в них ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ) и не будут продолжать считать компетентными специалистами ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,01$ ). Поэтому в условиях внешнего давления вполне естественные рядовые

сбои в работе будут восприниматься как критические и наносящие ущерб престижу. В данном контексте отметим, что, по данным изучения зарубежных педагогов, степень «переживания несовершенства» оказалась прямо связана с оценкой профессиональных угроз и возможных потерь (в то время как «стремление к совершенству» такой связи не имело) [20, с. 44].

Ситуация усугубляется личностным принятием сверхвысоких профессиональных стандартов и стремлением им соответствовать. Об этом свидетельствуют корреляции самооценки профессиональной эффективности с отдельными пунктами шкалы «Перфекционизм, ориентированный на себя» (хотя интегральный балл по данной шкале с самооценкой значимо не связан). Например, чем более учитель убежден в том, что он всегда должен «быть успешным в учебе или работе» и «работать в полную силу», тем больше он теряет интерес к продуктивной деятельности и совершенствованию в ней ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$  и  $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$  соответственно).

Отмеченную тенденцию подтверждают результаты опроса голландских учителей, вынужденных работать в условиях инноваций в системе образования (причем инициированных «сверху» и связанных с существенным изменением роли учителя, принципов его взаимодействия с учениками и целей учебного процесса). Исследование показало, что степень эмоционального выгорания учителей (причем по всем его аспектам) обратно связана с уровнем профессиональной самооэффективности – уверенности в своей способности успешно работать в новых условиях и самооценкой готовности эффективно применять новые образовательные технологии [18, с. 234, 236].

В нашей статье мы исходили из того, что именно перфекционизм влияет на уровень выгорания. Вместе с тем здравому смыслу не противоречит «обратная» интерпретация направленности взаимосвязи рассматриваемых феноменов. Например, такой симптом выгорания, как разочарование в работе вследствие ее субъективной неэффективности и чрезмерности требуемых усилий в сочетании с неверием в возможность повысить свой профессиональный потенциал или продуктивно его применить, может вести к трактовке требований окружающих соответствовать «идеалу» как нереалистичных или в принципе не нужных (т. е. повышать уровень социально-предписанного перфекционизма). Аналогично могут воздействовать:

– деперсонализация (раз профессиональное взаимодействие и решение проблем других людей оказываются субъективно не важными, то и

давление ради их более качественного осуществления оценивается как неоправданное);

– эмоциональное истощение (при отсутствии сил внешние «побуждения к совершенству» будут трактоваться как чрезмерные).

Отметим, что по данным регрессионного анализа в обследованной группе учителей на уровень перфекционизма значимо влияет лишь эмоциональное истощение (табл. 3).

Таблица 3  
Влияние эмоционального истощения на различные показатели перфекционизма

Показатель перфекционизма	Степень влияния эмоционального истощения на уровень перфекционизма и его видов		
	b	p <	доля дисперсии, %
Общий уровень перфекционизма	0,43	0,01	31,9
Перфекционизм, ориентированный на себя	0,33	0,05	17,5
Перфекционизм, ориентированный на других	0,34	0,05	21,3
Социально-предписанный перфекционизм	0,41	0,01	31,6

Выскажем предположение, что в условиях нарастающего утомления субъективно средством сохранения качества деятельности для учителей становится ориентация на сверхвысокие стандарты осуществления деятельности и соответствие таким же внешним требованиям. Это субъективно позволяет им «не опуститься» ниже личностно приемлемого уровня, а также (что, возможно, более важно) «не упасть» в глазах окружающих. Вместе с тем подтверждение такого эффекта, а также выявление условий и степени воздействия выгорания на перфекционистские установки профессионалов требует специальных исследований.

### Заключение

Проведенное исследование подтвердило положение о перфекционизме как существенной предпосылке развития синдрома эмоционального выгорания у педагогов. Результаты опроса свидетельствуют о наличии многочисленных связей интегрального уровня эмоционального выгорания и его структурных компонентов с перфекционизмом в целом и его видами. При этом показатели деперсонализации оказались связаны со всеми видами перфекционизма, в то время как самооценка профессиональной эффективности – только с социально-предписанным.

На основе полученных данных можно предположить следующий механизм формирования симптомов выгорания. С одной стороны, ориентация учителей на сверхвысокие стандарты деятельности ведет к повышенному утомлению и желанию «дистанцироваться» от деятельности и связанной с ней контактов. С другой стороны, следствием склонности требовать от окружающих совершенства и невозможности в полной мере этого добиться становятся как негативизм к коллегам и ученикам, так и неверие в возможность (достижения результата «нужного качества») в сочетании с субъективным подтверждением собственного несоответствия идеалу. Все это создает весомые предпосылки для обесмысливания деятельности с соответствующим падением вовлеченности в работу и негативными переживаниями.

Результаты корреляционного и регрессионного анализа дают основание для вывода о том, что в наибольшей мере на развитие выгорания у обследованных учителей влияет социально-предписанный перфекционизм. При этом было выявлено, что оценка внешних требований к педагогам как чрезмерных способна привести к парадоксальному результату – снижению мотивации деятельности и саморазвития. Это может быть связано с возрастающим опасением несоответствия таким требованиям или же с усилением усталости вследствие выраженного стремления им соответствовать (ведущим к желанию «выйти из деятельности»).

Отметим, что в научных публикациях отмечается продуктивность использования при работе с синдромом выгорания различных вариантов рациональной эмоционально-поведенческой терапии [21], как раз предполагающей учет специфики и степени выраженности у человека иррациональных представлений человека о мире и себе (включая убеждения о необходимом качестве своей и «чужой» деятельности, а также о «должной» реакции на требования окружающих). Поэтому представленные в статье данные об особенностях взаимосвязи выгорания и перфекционизма могут быть полезны в процессе консультирования по вопросам профилактики выгорания или снижения его уровня:

- для прогнозирования риска возникновения и развития эмоционального выгорания с учетом персональных «уязвимостей»;
- для более точного определения причин негативных психических состояний или деструктивных моделей мышления;
- для продуктивного выбора «мишеней» психокоррекционного воздействия.

## Литература

1. Березовская Р.А., Кишка Т.Н. Роль процессуальной мотивации в развитии синдрома выгорания // Выгорание и профессионализация : сб. науч. тр. / под ред. В.В. Лукьянова [и др.]. – Курск : Курск. гос. ун-т, 2013. – С. 8–29.
2. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания: методология, теория, практика. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011. – 160 с.
3. Гаранян Н.Г. Психологические модели перфекционизма // Вопр. психологии. – 2009. – № 5. – С. 74–83.
4. Грачева И.И. Адаптация методики «многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта, Г. Флетта // Психол. журн. – 2006. – Т. 27, № 6. – С. 73–89.
5. Густелева А.Н. Смыслжизненные ориентации учителей с несформированным уровнем эмоционального выгорания // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. ст. / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. – Курск : Курск. гос. ун-т, 2007. – С. 49–51.
6. Ларских М.В. Исследование перфекционизма личности в профессиональной деятельности учителя // Вестн. Тамбов. ун-та. Сер.: Гуманит. науки. – 2010. – Вып. 6 (86). – С. 138–141.
7. Мельничук А.С. Убеждения личности как фактор эмоционального выгорания // Мир психологии. – 2017. – № 1. – С. 279–289.
8. Надежина М.А. Личностные и организационные детерминанты психического выгорания в управленческой деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2011. – 23 с.
9. Орел В.Е. Синдром психического выгорания: мифы и реальность. – Харьков : Изд-во Гуманит. центр, 2014. – 296 с.
10. Орел В.Е., Сенин И.Г. Опросник психического выгорания для работников социальных профессий : руководство. – Ярославль : Психодиагностика, 2005. – 12 с.
11. Редина Т.В. Личностные детерминанты эмоционального выгорания у специалистов учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 23 с.
12. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психол. журн. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.
13. Сурженко Л.В. Взаимосвязь синдрома психического выгорания с ценностно-смысловой сферой личности (на примере преподавателей высшей школы) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Краснодар, 2014. – 25 с.
14. Талаш Е.Ф. Отражение феномена перфекционизма в российских научных публикациях // Вестн. Балтийского федер. ун-та им. И. Канта. Сер.: Филология. Педагогика, психология. – 2012. – № 11. – С. 79–87.
15. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопр. психологии. – 2007. – № 4. – С. 157–168.
16. Childs J.H., Stoeber J. Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace // Work & Stress: An Int. J. of Work, Health & Organizations. – 2012. – Vol. 26, N. 4 – P. 347–364.

17. Childs J.H., Stoeber J. Self-oriented, other-oriented, and socially prescribed perfectionism in employees: relationships with burnout and engagement // *J. of Workplace Behavioral Health*. – 2010. – Vol. 25, N. 4. – P. 269–281.

18. Evers Will J. G., Brouwers A., Tomic W. Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands // *British J. of Educational Psychology*. – 2002. – N 72. – P. 227–243.

19. Hill A. P. Curran T. Multidimensional Perfectionism and burnout: a meta-analysis. – URL: [https://www.researchgate.net/publication/279191467\\_Multidimensional\\_Perfectionism\\_and\\_Burnout\\_A\\_Meta-Analysis](https://www.researchgate.net/publication/279191467_Multidimensional_Perfectionism_and_Burnout_A_Meta-Analysis).

20. Stoeber J., Rennert D. Perfectionism in school teachers: relations with stress appraisals, coping styles, and burnout // *Anxiety, Stress, & Coping: An Int. J.* – 2008. – Vol. 21. N. 1. – P. 37–53.

21. Terjesen M.D., Kurasaki R. Rational emotive behavior therapy: applications for working with parents and teachers // *Estudos de Psicologia (Campinas)*. – 2009. – Vol. 26, N 1. – P. 3–14. – URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a01v26n1.pdf>.

22. Ziaaddini A. relationship between perfectionism, psychological hardiness, and job burnout of employees at executive organizations // *Int. J. of Academic Research in Business and Social Sciences*. – 2014. – Vol. 4, N 3. – P. 160–170.

Поступила 03.03.2017

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи. Сбор материалов тестирования осуществлялся М.К. Надршиной под научным руководством автора.

**Для цитирования.** Мельничук А.С. Эмоциональное выгорание и перфекционизм у учителей: особенности взаимосвязи // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 63 (68). С. 77–94.

---

**THE EMOTIONAL BURNOUT AND PERFECTIONISM AMONG TEACHERS:  
THE SPECIFIC OF INTERRELATION**

**Melnichuk A.S.**

The Russian Presidential Academy of National Economy  
and the Public Administration (Vernadsky Ave., 84, Moscow, Russia)

✉ Andrey Stepanovich Melnichuk – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of Acmeology and Psychology, the Russian Presidential Academy of National Economy and the Public Administration (Vernadsky Ave., 84, Moscow, 119606, Russia), e-mail [melnichuk-as@ranepa.ru](mailto:melnichuk-as@ranepa.ru).

**Abstract.** The article presents the results of empirical research on a sample of 78 school teachers. A direct relationship between general levels of perfectionism and burnout was revealed, as well as their correlation with all aspects of burnout and types of perfectionism respectively. The survey results indicate the presence of multiple links of the integral level of burnout and its structural components with perfectionism in general and its types. It was found that the index of depersonalization associated with the severity of all types of perfectionism, emotional exhaustion links with self-oriented and socially prescribed perfectionism and self-assessment of professional efficiency correlates only with socially prescribed perfectionism. The mechanisms of the influence of different types of perfectionism on teacher's behavior and mental states associated with symptoms of burnout are discussed. On the basis of correlation and regression analysis, it is concluded that the burnout level is most dependent on the socio-prescribed perfectionism. Regression analysis also showed that the level of perfectionism in general and of its types is significantly affected only by the psycho-emotional exhaustion.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, psychodiagnosis, perfectionism, emotional burnout, irrational beliefs, teachers

### References

1. Berezovskaja R.A., Kishka T.N. Rol' processual'noj motivacii v razvitii sindroma vygoranija [The role of processual motivation in the development of burnout syndrome]. *Vygoranie i professionalizacija* [Burnout and professionalization] : collection of scientific works. Eds.: V.V. Luk'janov [et al.]. Kursk. 2013. Pp. 8–29. (In Russ.)
2. Vodop'janova N.E. Profilaktika i korekcija sindroma vygoranija: metodologija, teorija, praktika [Prevention and correction of burnout syndrome: methodology, theory, practice]. Sankt-Peterburg. 2011. 160 p. (In Russ.)
3. Garanjan N.G. Psihologicheskie modeli perfekcionizma [Psychological models of perfectionism]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 2009. N 5. Pp. 74–83. (In Russ.)
4. Gracheva I.I. Adaptacija metodiki "Mnogomernaja shkala perfekcionizma" P. H'juitta, G. Fletta [The adaptation of P. Hewitt, G. Flett questionnaire "The Multi-dimensional Perfectionism Scale"]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2006. Vol. 27, N 2. Pp. 103–114. (In Russ.)
5. Gusteleva A.N. Smyslozhiznennye orientacii uchitelej s nesformirovannym urovnem jemocional'nogo vygoranija [The sense of life orientations of teachers with unformed level of emotional burnout]. *Problemy issledovanija sindroma «vygoranija» i puti ego korekcii u specialistov "pomogajushhih" professij (v medicinskoj, psihologicheskij i pedagogicheskij praktike)* [The problems of burnout syndrome research and a way of its correction at specialists of "helping" professions (in medical, psychological, pedagogical practice): collection of scientific works. Eds.: V.V. Luk'janov, S.A. Podsadniy]. Kursk. 2007. Pp. 49–51. (In Russ.)
6. Larskih M. V. Issledovanie perfekcionizma lichnosti v professional'noj detatel'nosti uchitelja [The study of of personality perfectionism in the teacher's professional work]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Serija: Gumanitarnye nauki*

[Tambov university reports. Series: Humanitarian sciences]. 2010. N 6. Pp. 138–141. (In Russ.)

7. Mel'nichuk A.S. Ubezhdenija lichnosti kak faktor jemocional'nogo vygoranija [Personality beliefs as a factor of emotional burnout]. *Mir psihologii* [World of psychology]. 2017. N 1 P. 279–289. (In Russ.)

8. Nadezhina M.A. Lichnostnye i organizacionnye determinanty psihicheskogo vygoranija v upravlencheskoj dejatel'nosti [Personal and organizational determinants of mental burnout in managerial activity] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Yaroslavl. 2011. 23 p. (In Russ.)

9. Orel V.E. Sindrom psihicheskogo vygoranija: Mify i real'nost' [The mental burnout syndrome: Myths and Reality]. Kharkiv. 2014. 296 p. (In Russ.)

10. Orel V.E., Senin I.G. Oprosnik psihicheskogo vygoranija dlja rabotnikov social'nyh professij [The questionnaire of mental burnout for social professions workers]. Yaroslavl. 2005. 12 p. (In Russ.)

11. Redina T.V. Lichnostnye determinanty jemocional'nogo vygoranija u specialistov uchrezhdenij dlja detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja. [The personal determinants of emotional burnout among specialists of institutions for children with reduced health abilities] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moscow. 2010. 23 p. (In Russ.)

12. Ronginskaja T.I. Sindrom vygoranija v social'nyh professijah [The burnout syndrome in social professions]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2002. Vol. 23, N 3. Pp. 85–95. (In Russ.)

13. Surzhenko L.V. Vzaimosvjaz' sindroma psihicheskogo vygoranija s cenostno-smyslovoj sferoj lichnosti (na primere prepodavatelej vysshej shkoly). [The relationship of mental burnout syndrome with value-semantic sphere of the person (on example of higher school lecturers)] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Krasnodar. 2014. 25 p. (In Russ.)

14. Talash E.F. Otrazhenie fenomena perfekcionizma v rossijskikh nauchnyh publikacijah [The reflection of phenomenon of perfectionism in Russian scientific publications]. *Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Serija: Filologija, pedagogika, psihologija* [The Bulletin of Baltic Federal University named after Kant. Series: Philology, Pedagogy, Psychology]. 2012. N 11. Pp. 79–87. (In Russ.)

15. Jasnaja V.A., Enikolopov S.N. Perfekcionizm: istorija izuchenija i sovremennoe sostojanie problemy [Perfectionism: the history of the study and state of the art]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 2007. N. 4. Pp. 157–168. (In Russ.)

16. Childs J.H., Stoeber J. Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. *Work & Stress: An Int. J. of Work, Health & Organizations*. 2012. Vol. 26, N 4 Pp. 347–364.

17. Childs J.H., Stoeber J. Self-oriented, other-oriented, and socially prescribed perfectionism in Employees: relationships with burnout and engagement. *J. of Workplace Behavioral Health*. 2010. Vol. 25, N 4. Pp. 269–281.

18. Evers Will J. G., Brouwers A., Tomic W. Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. *British J. of Educational Psychology*. 2002. N 72. Pp. 227–243.

19. Hill A. P. Curran T. Multidimensional Perfectionism and burnout: a meta-analysis. URL: [https://www.researchgate.net/publication/279191467\\_Multidimensional\\_Perfectionism\\_and\\_Burnout\\_A\\_Meta-Analysis](https://www.researchgate.net/publication/279191467_Multidimensional_Perfectionism_and_Burnout_A_Meta-Analysis).

20. Stoeber J., Rennert D. Perfectionism in school teachers: relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress, & Coping: An Int. J.* 2008. Vol. 21, N 1. Pp. 37–53.

21. Terjesen M.D., Kurasaki R. Rational emotive behavior therapy: applications for working with parents and teachers. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2009. Vol. 26. N 1. Pp. 3–14. URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a01v26n1.pdf>.

22. Ziaaddini A. relationship between perfectionism, psychological hardiness, and job burnout of employees at executive organizations. *Int. J. of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2014. Vol. 4, N 3. Pp. 160–170.

Received 03.03.2017

**For citing.** Melnichuk A.S. Jemociional'noe vygoranie i perfekcionizm u uchitelej: osobennosti vzaimosvjazi. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 77–94. (**In Russ.**)

Melnichuk A.S. The emotional burnout and perfectionismamong teachers: the specific of interrelation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 77–94.

**ДОГМАТЫ ВЕРЫ И ВЫСШАЯ НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

<sup>1</sup>Общecerковная аспирантура и докторантура им. святых Кирилла и Мефодия, Санкт-Петербургская митрополия Русской Православной Церкви (Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 15 А);  
<sup>2</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

В современном мире распространено мнение, что догматы веры мало или вообще никак не влияют на повседневную жизнь человека. Бытует уверенность, что неоформленного верования в абстрактного «Бога» или в «высшую силу» достаточно для формирования нравственности человека и его психического здоровья, а особенности богословских формулировок, исповедуемые той или иной религией, необоснованно усложняют картину жизни. Цель статьи – показать поверхность подобного представления на примере рассмотрения догмата об исхождении Святого Духа, богословского учения о личности и явления стигматизации у католических святых. Проводится аналогия между здоровой высшей нервной деятельностью в организме и вероучительной гармонией.

Ключевые слова: религиоведение, догмат, личность, *Filioque*, личность, эмпатия, конверсионное расстройство, истерия, гордость, стигматы.

*Аналогия между догматами веры и высшей нервной деятельностью человека.* Если кто-то усомнится в важности и неизбежности для нормальной жизнедеятельности человеческого организма здоровых принципов его высшей нервной деятельности, то это вызовет по крайней мере удивление, если не усмешку. Между тем основополагающие аксиомы веры можно по аналогии рассматривать как невидимые духовные принципы, определяю-

---

✉Иеромонах Мефодий (Зинковский Станислав Анатольевич) – д-р богословия, канд. техн. наук, каф. педагогики и теологии образования Общецерковной аспирантуры и докторантуры им. св. Кирилла и Мефодия, С.-Петерб. митрополия Русской Православной Церкви (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 15 А), e-mail: m.zink@yandex.ru;

Иеромонах Кирилл (Зинковский Евгений Анатольевич) – д-р богословия, канд. техн. наук, каф. педагогики и теологии образования Общецерковной аспирантуры и докторантуры им. св. Кирилла и Мефодия, С.-Петерб. митрополия Русской Православной Церкви (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 15 А), e-mail: ierej.cyril@mail.ru;

Баразенко Кирилл Владимирович – канд. мед. наук, каф. психиатрии Воен.-мед. акад. (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: kbarazenko@mail.ru.

щие целостное мировосприятие и поведение человека, и потому отнюдь не менее важные, чем принципы высшей нервной деятельности. Органичная связь догматических, этических и мистических аспектов человеческой жизни такова, что «нельзя тронуть одного, чтобы не задеть двух других» [24, с. 5].

Для подтверждения этой органической взаимосвязи рассмотрим, например, историю догмата об исхождении Духа Святого от Отца и связанную с этой историей ошибку латинского богословия об исхождении Духа Святого «и от Сына» (лат. *Filioque* – «и сына»), повлекшую за собой определенные серьезные последствия.

*Об исхождении Духа Святого «только» от Отца «через Сына» и монархии Отца.* Православная догматическая мысль признает ипостасным, личным свойством Святого Духа исхождение от Бога Отца. Среди святых отцов Православной Церкви наличествует полноценное согласие по поводу единоначалия Отца в Троице, что означает, что исхождение Духа, равно как и рождение Сына, возводятся ими исключительно к Богу Отцу как причине. Мысль об исхождении Духа Святого «и от Сына» (*Filioque*), принятая в свое время в латинском римско-католическом богословии как догмат, прямо нарушает единоначалие ипостаси Отца в троичном богословии.

*Богословская несостоятельность догмата Filioque и последствия его принятия Римской церковью.* В.Н. Лосский в своем блестящем сочинении «Исхождение Святого Духа в православном учении о Троице» подчеркивает, что, с богословской точки зрения, *Filioque* нарушает симметрию и одновременность единства сущности и троичности ипостасей, которые существуют в православной триадологии благодаря исповеданию единоначалия Отца в Троице. Именно единоначалие ипостаси Отца «устанавливает совершенное равновесие между природой и лицами» в Троице, «не давая перевеса ни одной, ни другим» [21, с. 347].

Размышляя о принятии догмата *Filioque* Римской церковью, богословы расходятся в оценке глубины последствий этого акта, однако приходится признать, что среди причин, разделивших Западную христианскую церковь с Восточной, единственным собственно догматическим расхождением явился именно вопрос о причинности в исхождении Духа Святого.

*Последствия принятия Filioque.* В результате отождествления Отца и Сына в личном свойстве изведения Духа происходит своеобразная тенденция соединения двух личностей Отца и Сына в некое единое «Отцосыновство», что ставит под вопрос сохранение богословского представле-

ния о личности в Боге. Отец и Сын «сливаются» с их единой сущностью до неразличимости как между ними, так и между личностью и сущностью в Боге. Таким образом, утрачивается одно из величайших богословско-философских достижений христианства – понятие о личности в Боге, а значит, и в человеке, созданном по «образу Божию». Единая природно-личностная онтология, обладающая удивительной внутренней гармонией, подменяется некоей неоаристотелевской чисто эссенциальной онтологией.

Неслучайно, что, согласно оценке протопресвитера Иоанна Мейендорфа, «многие современные западные христиане верят в Бога Отца, в Христа, а о Троице не имеют ни малейшего представления. Это происходит не от интеллектуального безразличия, а от деистического понимания Бога как философски единой сущности» [22, с. 255]. И неудивительно после этого, что римско-католическое богословие в конце концов приходит к идее отождествления личности как в Боге, так и в человеке с понятием «отношение». Если в православном догматическом мышлении личность вступает в отношения и регулирует их, то в римско-католическом богословии личность есть именно само отношение ее с другими личностями. Это, по сути, ведет к тоталитаризму отношений, когда человеческое «Я» не просто вступает в те или иные личные отношения с Богом и себе подобными личностями, но фактически определяется, задается этими отношениями, носящими механически-природный характер.

*Искажения в духовной практике.* В православном христианстве личность человека как синтетическое понятие в ее нынешнем искаженном состоянии греха имеет задачу борьбы со своим внутренним «плохим “Я”» [25, с. 207] с целью уподобления, но, конечно, не отождествления с личностью Христа. Духовно-аскетический процесс ведет к многоплановому очищению содержания личности христианина, отшлифовыванию ее уникальной неповторимости и гармонизации, согласованию ее с личностью Богочеловека-Христа и другими лицами Святой Троицы. В римско-католической аскетике мы постоянно сталкиваемся с проблемой своеобразной личной «подстановки», слияния человека как со своей природой, так и с личностью Христа, который при этом воспринимается как святой, но – прежде всего и, может быть, даже исключительно – как человек.

*Явление стигматов и слияние личности.* Характерен пример так называемых «стигматов» (греч. «στίγματα» – знаки, метки, клейма, язвы, раны) – физических язв, появившихся на руках и ногах ряда римско-католических христиан в «подражание» язвам распятого Христа, которые,

согласно мнению авторов «Католической энциклопедии», «должны рассматриваться как событие сверхъестественного порядка – чудо» [16, к. 1113–1114]. При этом апелляция к буквальному исполнению в феномене стигматов слов св. апостола Павла о ношении язв Христа на своем теле («Ego enim stigmata Domini Iesu in corpore meo porto»; син. пер.: «Ибо я ношу язвы Господа Иисуса на теле моем» [Гал 6:17]) является спорной, поскольку раны, перенесенные апостолом Павлом во время проповеди Евангелия, «уподобляют его распятому Учителю» [16, к. 1112], но отнюдь не обязаны быть точной копией.

Буквальный перенос язв с тела Христа на тело христианина фактически соответствует опыту «подстановки личности», «переживания переживаний» Христа, недопустимому с точки зрения православной аскетики и мистики, ведущему к субъективно переживаемому слиянию «я» христианина с «Я» Христа. Подобная «трансляция» или «транспонирование» переживаний и страданий Христа встречается в описаниях римско-католической святой блаженной Анджелы, которая испытывает буквально на физическом уровне «пронзение» своих собственных тела и духа при виде распятого Христа. Ее опыт простирается именно до личностного слияния со Христом: «Ты – Я, а Я – ты» [15, с. 167].

Первым из римско-католических святых, получившим «дар» стигматов, был Франциск Ассизский, который молился о том, чтобы «душою и телом пережить все те страдания», которые «сладчайший Иисус» испытал «в мучительных страстях» [23, с. 44–45]. Опыт не уподобления в духе жертвенности Спасителя, но прямой трансляции его переживаний на себя приводит как раз к ошибочному, с точки зрения православной аскетики и догматики, переживанию слияния личности Франциска с личностью Христа. Жизнеописание св. Франциска буквально формулирует этот опыт словами о том, что он «почувствовал себя совершенно превращенным в Иисуса (*il se sentit change tout a fait en Jesus*)» [42, с. 446; 19, с. 108–109]. В эту картину вписывается и то наблюдение, что «подражание Христу доходило у Франциска до прямой копировки им жизни Спасителя» [23, с. 48], выражавшееся во множестве копирований деяний Христа: в послании учеников как апостолов, в последовании Франциску народа с оливковыми ветвями, в омовении ног Франциска женщиной, так что «братьям кругом мнилось, что видят они саму Магдалину у ног Иисуса Христа», совершение Франциском подобия Тайной вечери перед смертью и даже искупление чужих грехов [32, с. 20] и сошествие во ад душой, с целью изведения из него душ других членов основанных им орденов [29, с. 906, 912, 915, 920]. Один из удивлен-

ных созерцателей стигматов св. Франциска восклицает прямо: «Или ты Христос, или святой Франциск!» [34, с. 44–45]. Житие Франциска представляет его как другого Христа, дарованного миру, ибо «в нем Христос вновь воплотился, став сыном человеческим» [3, с. 919].

*Стигматы как проявление психических нарушений невротического регистра.* Подробный анализ многочисленных явлений стигматов в римско-католической традиции позволяет оценить это явление как «психическую гиперестезию, сопровождающую обыкновенно истерию» [35, с. 650–651].

В психологии и психотерапии хорошо известен феномен эмпатии (от греч. ἔν – в и πάθος – страсть, страдание), которая определяется как «сопереживание, проникновение во внутренний мир другого человека за счет ощущения сопричастности к его переживаниям» [6, с. 661]. Эмпатия – это состояние синтонности, способность переживать то же эмоциональное состояние, что и другой человек, «временное сознательное отождествление с объектом для лучшего его понимания» [26, с. 790].

Не следует смешивать состояние эмпатии с понятием «сочувствие», при котором происходит осознание эмоционального состояния другого человека с последующим проявлением эмоциональной поддержки. Очевидно, что в этом случае чувства другого человека так и остаются чужими для сочувствующего лица, а его позиция сохраняет статус «внешней» по отношению к ситуации. При эмпатическом же сопереживании происходит комплексная интроекция всего эмоционального паттерна, с которым соприкасается эмпат. Имеет место безусловное усвоение паттерна как своего собственного, с последующей психофизиологической перестройкой состояния организма под воздействием изначально внешних эмоций. Происходит взаимодействие по типу «эмоционального камертона», когда комплекс чувств «реципиента» начинает звучать синтонно с эмоциями, на которые он эмпатически настраивается. Такую активность мозга человека, отражающую состояние и действия окружающих, часто связывают с активностью зеркальных нейронов, зарегистрированных впервые в начале 1990-х годов во фронтальной коре мозга обезьян итальянскими учеными из Пармского университета [43]. Высказываются предположения, что именно зеркальные нейроны участвуют в нейрофизиологических механизмах эмпатии [38–41].

Эмпатия определяется многими исследователями как положительное свойство личностей, способных к альтруизму и жертвенности, важная способность, необходимая для формирования межличностных отношений, «синергетическое явление, базисной составляющей которого является

нравственность» [37; 11, с. 22, 24]. Она лежит в основе просоциального поведения и определяет выбор высокоэмпатичными людьми профессий помогающего круга (священнослужители, врачи, психологи, социальные работники и др.). «Эмпатия – неотъемлемое профессиональное качество всех без исключения социометрических профессий» [11, с. 23]. В психологии эмпатия признается необходимым качеством психолога, чья практическая деятельность связана с непосредственной с помощью людям в решении их проблем. Уже в 1950-е годы эмпатия была признана не только обязательным условием, но самой сутью метода зарубежной психотерапии [36], «когда терапевт, оставаясь самим собой, может уловить каждогомоментную внутреннюю жизнь клиента так, как тот ее видит и чувствует» [27, с. 106]. У развитой способности к эмпатии есть и обратная сторона: неконтролируемое погружение в эмоциональные переживания других людей, как правило, лежит в основе эмоционального выгорания представителей помогающих профессий. При этом происходит некоторая утрата чувства самоидентичности эмпата и неоправданное смещение границ собственного «Я». Учитывая такого рода опасность, важным аспектом подобного внедрения в эмоциональный мир другого человека представляется сохранение чувства реальности и своей идентичности. Так, известный американский психолог Карл Роджерс пишет об этом: «Эмпатический способ общения с другой личностью имеет несколько граней. Он подразумевает вхождение в личный мир другого и пребывание в нем “как дома”... В некотором смысле это означает, что вы оставляете свое “Я”. Это могут осуществить только люди, чувствующие себя достаточно безопасно в определенном смысле: они знают, что не потеряют себя в порой странном или причудливом мире другого и что смогут успешно вернуться в свой мир, когда захотят» [28, с. 236].

Однако есть и патологические формы эмпатических проявлений, например патологическая проективная идентификация, для которой характерно «как раз разрушение границ между самостью и объектом» [33, с. 213, 521]. Такое размывание границ (утрата самоидентичности с исчезновением различия между субъектом психической деятельности и осознаваемым им окружающим миром), согласно классической психодинамической теории, может лежать в основе формирования психических нарушений, вплоть до психотического уровня. К подобным проявлениям можно отнести и появление стигматов. Характерными чертами истерических нарушений в клинике невротических расстройств являются конверсионные (двигательные, чувствительные и вегетативные), диссоциативные (психогенная амнезия, психогенные сумеречные нарушения сознания) и вегето-

висцеральные (соматоформные) расстройства, а также истероидные черты личности (патологическая лживость, эгоцентризм, демонстративность в поведении, стремление быть в центре внимания, истерические фантазмы и аффективно-непоследовательное мышление). Конверсионные расстройства представляют собой трансформацию психологических переживаний в псевдоневрологические симптомы и проявляются в частичной или полной утрате сознательного контроля над ощущениями или движениями. Конверсионные двигательные расстройства включают в себя припадки; истерические параличи, не соответствующие зонам иннервации; ступор. К конверсионным сенсорным расстройствам относятся парестезии – искажение чувствительности (их клиническая картина разнообразна, часто представлена появлением кожного зуда, покраснения, ощущениями покалывания, жжения, не соответствующими «зонам соответствующей иннервации» и свидетельствующими «о наличии психологического конфликта у личности с переносом его в соматическую сферу» [18, с. 20]), гипер-, гипо- или анестезия, локализация которой не соответствует зонам иннервации; истерические боли – головные (цефалгии), боли в суставах (артралгии), в животе (гастралгии), в области сердца (кардиалгии); истерические выпадения функции органов чувств (сужение полей зрения, слепые пятна (скотомы), амавроз (слепота), глухота, потеря обоняния, вкуса. Формированию критического отношения к своему состоянию у истериков зачастую препятствует наличие таких диссоциативных нарушений, как мотивированная амнезия (активное «забывание» внутренне нежелательных ситуаций и эмоций), псевдодеменция (неспособность понимать простые и очевидные вещи при сохранности общего уровня интеллекта), сумеречные помрачения сознания (при которых человек, утрачивая связь с реальностью и контакт с окружающими людьми, может совершать достаточно сложные автоматизированные действия). Согласно клиническим наблюдениям, у субъектов, склонных к истерическим формам реагирования, могут появляться так называемые «истерические стигмы» (*stigmata hysterica*) – «участки кожной анестезии, расположение которых противоречит возможности повреждения периферических нервов, часто – с изменчивой локализацией» [5].

*Механизм появления стигматов.* Согласно наблюдениям акад. В.М. Бехтерева, механизм появления стигматов происходит через самовнушение, которое «в некоторых случаях, подобно гипнотическому внушению, может обнаруживать резкое влияние на сосудодвигательную и растительную сферы организма» [4, с. 357].

Сущность самовнушения состоит в концентрированном раздражении

определенной области коры головного мозга, сопровождаемым сильным затормаживанием остальных отделов коры, включая и те, которые представляют жизненно важные интересы всего человеческого организма. Благодаря самовнушению, субъект может вызвать у себя те или иные ощущения, воспроизвести определенные образы вплоть до галлюцинаций, изменить те или иные психические и соматические реакции. Именно самовнушение способствует возникновению таких форм психических расстройств невротического регистра, при которых нарушаются функции внутренних органов.

Стигматы являются именно результатом подобного рода болезненного самовнушения. Причиной их появления может быть возбудимая и болезненная психика, когда созерцание не только реальных, но и воображаемых страданий настолько сильно и действенно, что это отражается на работе внутренних органов человека.

Большинство больных со стигматами, как правило, являются фанатично верующими людьми со склонностью к истерии. Размышляя над страданиями Христа, они настолько сильно переживают это событие, что их психика не выдерживает, сознание концентрируется на муках, которые испытывал Христос во время крестных страданий и смерти. В результате сопереживания высшая нервная система человека, подверженного этой болезни, действует патологически, и в местах ран Христовых у них открываются кровотокающие раны. Такие явления могут быть связаны с нарушением иннервации определенных участков кожи с последующим ухудшением кровоснабжения и, как следствие, сопровождаются трофическими нарушениями кожных покровов.

Важно отметить, что при клиническом диагностировании истерии самовнушенные симптомы определяются как истерические в случаях, если в возникновении таких симптомов участвует механизм их условной «желательности» и «приятности» даже при их болезненности. При анализе этиопатогенеза каждого такого нарушения мы рано или поздно приходим к источнику этой «условной желательности заболевания». Как правило, в основе ее лежит интрапсихический конфликт, вызванный дисгармоничным прохождением того или иного этапа психогенеза. Классический подход к этиологии истерического невроза основывается на сексуальной подоплеке расстройств, что зачастую проявляется наличием эротических и сексуальных аспектов, преобладающих в клинической картине. Именно к таким самовнушенным, болезненным, но желательным симптомам и относятся

стигматы, появление которых нередко сопровождается выраженным чувственным компонентом.

*Психофизиологический характер стигматов.* Для нас важно наблюдение исследователей, определяющих эмпатию как «способность принять роль другого человека» через «воображаемое перевоплощение», «интроекцию», «принятие точки отсчета другого» [8, с. 61]. Психофизиологический перенос своего «Я» молящегося в конкретный образ распятия, приводит к тому, что, как правило, наблюдается зеркальное явление инверсии расположения ран на теле Распятого Христа и ран, отпечатанных на теле носителя стигматов. Этот факт подтверждает не ипостасный, а скорее психофизиологический характер стигматических образов, когда личность молящегося стремится к некоему «растворению» в объекте молитвы, рискуя «потерять» свою самоидентичность. Наглядным примером здесь может служить не сообразование, а хотя и символическая, но все-таки замена сердца в опыте Екатерины Сиенской [30, с. 12].

При подобном «механизировании» или «технологизировании» личных отношений верующего со Христом возникает фактически неизбежная потеря целостности Первообраза и фокусировка почти исключительно на святом человечестве Богочеловека, причем в его страдательном состоянии [2, с. 172–173, 175]. Так, в частности, слова Христа из жития французской монахини Маргариты Марии Алакок (XVII в.), свидетельствующие о том, что она будет называться «возлюбленной ученицей» Его «святого сердца» [23, с. 60], подтверждают нарушение целостности образа Христа, у которого выделяется лишь один из телесных органов (сердце) для особого поклонения и обучения буквально от этого органа, а не от цельной личности Христа. Неслучайны в рамках этого и сведение личных отношений Терезы Авильской с богочеловеком на уровень «безконечного любовного флирта между поклонником и его божеством» [9, с. 337], и уверенность Екатерины Сиенской в том, что она «пила молоко из груди Марии и кровь из ран Христа» [14, с. 130]. С православной точки зрения, подобные переживания характеризуются как следствие «действия утонченных тщеславия и сладострастия» [12, с. 233], а не подлинной благодати Божией, и «могут быть отнесены к страсти гордости, как она определена в святоотеческой нозологии» [17, с. 120]. Тесную взаимосвязь страсти гордости с догматом *Filioque*, «лежащим у католиков в основе» почти «каждого догмата», и молитвенной эротоманической практикой целой плеяды римско-католических аскетов, имеющих стигматы, ярко подчеркивает А.Ф. Лосев [20, с. 885–886].

Отметим также неслучайность того факта, что первые исторические сведения о появлении стигматов относятся к именно периоду после отделения Римско-католической церкви от Православной. Основной же богословской причиной этого печального исторического события был именно вопрос о Filioque. Впоследствии происходит и постепенное «дробление» и «психологизирование» восприятия римо-католиками Христа, что выражается, в частности, в появлении новых праздников и культов – праздника тела Христова (в 1264 г. получившего статус общецерковного) и культа сердца Иисусова (установленного в конце XVII в., а статус общецерковного получившего при папе Пие IX, в середине XIX в.).

*Гордость и истерия как основа при образовании стигматов.* Итак, как уже отмечалось выше, патологические, болезненные проявления эмпатии встречаются, как правило, у лиц со склонностью к истерии. Православная психиатрия определяет духовную сущность истерии в гордости, тщеславии, лживости и позерстве [1]. Клиническая картина истерии такова, что больной стремится показаться окружающим чем-то большим, чем он является в действительности [7, с. 158]. По мнению известного отечественного психиатра профессора П.Б. Ганнушкина, в поведении истериков всегда преобладают неестественность и обман. Каждый поступок, жест, движение истерика «рассчитаны на зрителя и на эффект... Им необходимо, чтобы о них говорили, и для достижения этого они не брезгают никакими средствами» [7, с. 158]. Истероид любой ценой стремится быть в центре внимания, при этом ему безразлично, какими методами он этого добьется. Справедливости ради следует заметить, что эгоизм у истерика уступает место эгоцентризму: зачастую ради привлечения внимания к своей персоне он демонстрирует такие качества, не свойственные эгоистам, как упорство и инициативность, коммуникабельность и целеустремленность, находчивость и активность, ярко выраженные организаторские способности, самостоятельность, энергичность и готовность взять на себя руководство, если это поможет ему привлечь восхищенные взгляды окружающих. Если нужно, то он проявит и такие свойства характера, как способность к интригам и демагогии, лживость и лицемерие, необдуманнный риск (но только в присутствии зрителей), похвальба несуществующими успехами, учет только собственных желаний, явно завышенную самооценку, обидчивость, когда задевают его лично. Любые средства будут хороши для истероида, если они помогут обратить на него внимание. В основе всего его внутреннего устройства лежит чрезмерный эгоцентризм: в центре его мироздания находится он сам, а не Господь Бог. Вся его жизнь – это театр одного актера.

Пойдет он альтруистическим путем или деструктивным – не столь важно. Главное – привлечь внимание как можно большего количества «зрителей». Что же касается истероидных черт личности, то нам бы хотелось сделать акцент на том, что они изначально не имеют знака «–» или «+», а положительная или отрицательная направленность этих (зачастую врожденных) черт характера определяется свободной волей человека. В противном случае, мы могли бы прийти к выводу, что человек не несет ответственности за свои эмоциональные реакции по принципу: «таким уж меня создал Господь». Создатель наделяет нас разными чертами характера от рождения или попускает им появиться в ходе нашего воспитания. И при этом нам дается свободная воля, чтобы мы могли подавлять или укреплять в себе те или иные черты, являясь сотрудниками Божьими в деле спасения наших душ из рабства страстям.

«Патогенное свойство гордости признается и современной психиатрией, которая, однако, игнорирует ее нравственное и духовное измерение и чаще всего определяет ее терминами “переоценка” или “гипертрофия Я”. Такое поведение присуще... истерическому неврозу» [17, с. 120] и «явственно находит соответствие в гордыне, как ее описывают отцы Церкви» [там же, с. 25]. По слову преподобного Евагрия: «Бес гордости бывает причиною бедственнейшего падения души. Он внушает ей не исповедать Бога помощником себе, но самой себе приписывать свою исправность, и надыматься над братьями, как невеждами, потому что не все так о ней думают. За гордостью следует гнев и печаль, и последнее зло – иступление ума и бешенство, и видение многих в воздухе демонов» [10, с. 569]. Как пишет преподобный Иоанн Лествичник, «тщеславный человек есть идолопоклонник, хотя и называется верующим. Он думает, что почитает Бога; но на самом деле угождает не Богу, а людям» [13, с. 251].

Особенность гордости такова, что одержимый этой страстью человек отрицает личностное достоинство окружающих, ощущая только себя значимой личностью. Именно гордость как желание показаться окружающим чем-то значительным, обратить на себя особенное внимание лежит и в основании феномена появления стигматов.

*Отношение к стигматам в католической и православной догматике.* Согласно православному учению, стигматы, механически повторяющие раны Христа, не имеют догматического смысла, им нет места в домостроительстве спасения человечества. Распявшись и умерев на Кресте, Господь Иисус Христос претерпел раны и страдания за все человечество и тем самым искупил нас от греха и смерти. Появление же стигматов на теле ве-

рующих словно ставит под сомнение эту догматическую истину, что опять позволяет расценить появление стигматов как проявление страсти гордости.

Согласно учению Римско-католической церкви, признающей подлинными около 300 случаев появления стигматов, стигматизация является принадлежностью святости. Первым свидетельством о стигматизации, согласно римско-католическому учению, является уже цитированное выше высказывание апостола Павла из Послания к Галатам: «Ибо я ношу язвы Господа Иисуса на теле моем» («ego enim stigmata Domini Iesu in corpore meo porto» [Гал 6:17]). Обращаясь к этому Посланию, православие подразумевает под «язвами Христовыми» не физические язвы, стигматы, а «язвы и напасти ради Христа» [31], мученические страдания за веру или жертвенное добровольное утеснение плоти. Таким образом, святость в православии достигается не путем механического подражания и сверхэмоционального сопереживания искупительной жертве Христа, а путем личного мученического или аскетического подвига.

### **Заключение**

Завершая наш анализ, мы можем констатировать, что действительно есть основания утверждать наличие корреляции между богословскими представлениями о Боге, с одной стороны, и духовно-мистической практикой – с другой. Нивелирование личного начала Святого Духа, порождаемое догматом Filioque, ведет к искажению представления о личности вообще и к своеобразному соединению и смешению в одно двух других лиц Святой Троицы. Как повреждения высшей нервной деятельности человека приводят к тем или иным отклонениям в его жизнедеятельности, так и догматическая неточность постепенно порождает в духовной практике свои, все нарастающие с течением времени, негативные результаты.

Вот почему духовная интуиция богословов православной церкви всегда побуждала их очень энергично отстаивать «букву» догматов. Делалось это ими не из-за фарисейской зашоренности, а по причине радения о здоровом функционировании церковного организма и адекватной духовной практике христиан.

И здесь напрашивается развитие предложенной нами в этой статье аналогии: как мозг человека состоит из множества нейронов, чье взаимодействие во многом определяет здоровую жизнедеятельность человеческого организма, состоящего в свою очередь из множества разнообразных взаимодействующих элементов, так достаточно сложная система взаимодополняющих и взаимовлияющих догматических представлений церкви

составляет подобие ее духовного мозга. Здоровое функционирование этого «церковного мозга» создает условия для гармоничного существования как отдельных элементов церковного организма или тела, состоящего из множества верующих, так и для их взаимообогащающего сосуществования, которое может и должно принести пользу миру и обществу. Как здравомыслящий и здраводействующий человек в итоге приносит пользу окружающим его людям и человечеству в целом, так и здравомыслящая церковь обязательно будет приносить пользу как своим членам, так и окружающему ее миру.

### Литература

1. Авдеев Д.А. Истерия как душевный недуг // Авдеев Д.А. Страхи: беседы с православным врачом. – М. : Рус. хронограф, 2002. – URL: <http://www.daaavdeev.ru/stati-i-intervyu/isteriya-kak-dushevnyiy-nedug.html>.
2. Антоний (Блум), митр. О стигматах // Труды : пер. с франц. – М. : Практика, 2002. – С. 166–176.
3. Бекорюков А., диакон. Франциск Ассизский и католическая святость. – М. : Изд-во Сретен. монастыря, 2001. – 63 с.
4. Бехтерев В.М. Проблемы развития и воспитания человека : избр. психол. тр. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1997. – 416 с.
5. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж : МОДЭК, 1995. – URL: <http://www.twirpx.com/file/795483>
6. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М. : Прайм-Еврознак, 2003. – 666 с.
7. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика // Избранные труды. – М. : Издательство МГУ, 1982. – С. 116–253.
8. Гиппенрейтер Ю.Б., Карягина Т.Д., Козлова Е.Н. Феномен конгруэнтной эмпатии // Вопр. психологии. – 1993. – № 4. – С. 61–68.
9. Джемс В. Многообразие религиозного опыта : пер. с англ. – М. : Рус. мысль, 1910. – XVI, 518 с.
10. Евагрий, монах. О восьми помыслах // Добротолюбие : в 5 т. – М. : Изд-во Сретен. монастыря, 2007. – Т. 1. – С. 567–569.
11. Елеференко И.О. Синергетическая составляющая эмпатии // Пед. науки. – 2010. – № 12. – С. 20–26.
12. Игнатий Брянчанинов, свт. Аскетические опыты // Полн. собр. творений : в 8 т. – М. : Паломник, – 2001. – Т. 1. – С. 73–530.
13. Иоанн Лествичник, преп. Лествица, возводящая на небо. – 6-е изд. – М. : Дарь, 2013. – 527 с.
14. Итальянский гуманизм эпохи Возрождения : сб. текстов / пер. с лат. – Саратов : Издательство Саратов. ун-та, 1988. – Ч. 2. – 190 с.
15. Карсавин Л.П. Откровения блаженной Анджелы // Католичество. Откровения блаженной Анджелы. – Томск : Издательство Водолей, 1997. – С. 99–277.

16. Керов В., Печерская М. Стигматы // Католическая энциклопедия : в 5 т. / ред. В.Л. Задворный. – М. : Изд-во францисканцев, 2011. – Т. 4. – С. 1112–1114.
17. Ларше Ж.-К. Исцеление психических болезней: опыт христианского Востока первых веков / пер. с франц. – М. : Изд-во Сретен. монастыря, 2007. – 222 с.
18. Лисковский О.В. Медицинская психология : учеб.-метод. комплекс. – Минск : БГУ, 2003. – 114 с.
19. Лодыженский М.В. Свет незримый. – М. : Рус. слово, 1992. – 310 с. (Репринт изд.: Мистическая трилогия : в 2 т. Пг., 1915).
20. Лосев А.Ф. Очерки античного символизма и мифологии. – М. : Мысль, 1993. – 959 с.
21. Лосский В.Н. Исхождение Святого Духа в православном учении о Троице // Хрестоматия по сравнительному богословию : учеб. пособие. – М. : Подворье Св.-Троицкой Сергиевой лавры, 2005. – С. 337–363.
22. Мейендорф И., протопр. Введение в святоотеческое богословие. – 4-е изд., испр. и доп. – Киев : Храм преп. Агапита Печерского, 2002. – 356 с.
23. Мистика Церкви и мистика западных исповеданий / под ред. М.А. Новоселова. – М. : Изд-во Братства свт. Алексия, 1995. – 71 с.
24. Новоселов М.А. Догмат, этика и мистика в составе христианского вероучения. – М. : Печ. А.И. Снегиревой, 1912. – 61 с.
25. Порфирий Кавсокаливит, преп. Житие и Слова. – Малоярославец : Изд-во Св.-Никольского Черноостровского жен. монастыря, 2006. – 367 с.
26. Психологический словарь: [А–Я] / под ред. П.С. Гуревича. – М. : ОЛМА Медиа Групп, ОЛМА Пресс, 2007. – 798 с.
27. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М. : Прогресс, 1994. – 479 с.
28. Роджерс К. Эмпатия // Психология эмоций : тексты. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – С. 36.
29. Сабатье П. Жизнь Франциска Ассизского. – М. : Посредник, 1895. – LXXXII, 354, III с.
30. Сикари А. Екатерина Сиенская // Портреты святых : в 6 т. – Милан : Христианская Россия, 1991. – Т. 2. – С. 5–21.
31. Феофилакт Болгарский, блаж. Толкование на Послание к Галатам апостола Павла 6. 17. – URL: [https://azbyka.ru/otechnik/Feofilakt\\_Bolgarskij/tolkovanie-na-poslanie-k-galatom/6](https://azbyka.ru/otechnik/Feofilakt_Bolgarskij/tolkovanie-na-poslanie-k-galatom/6).
32. Франциск Ассизский. Сочинения. – М. : Изд-во францисканцев, 1995. – 288 с.
33. Хиншелвуд Р.Д. Словарь клянианского психоанализа / пер. с англ. – М. : Когито-Центр, 2007. – 565 с.
34. Цветочки славного мессера святого Франциска и его братьев // Истоки францисканства. – Кайшядорис : Тип. им. А. Якштаса, 1996. – С. 763–925.
35. Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона : в 86 т. – СПб. : Брокгауз–Ефрон, 1901. – Т. 31. – 475 с.
36. Этчегоен Г. Эмпатия // Журн. практ. психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – URL: <http://www.twirpx.com/file/294200>.

37. Aronfreed J., Pascal V. The socialization of altruistic and sympathetic behavior: Some theoretical and experimental analysis // *Altruism and helping behavior* / Eds.: J. Macaulay, L. Berkowitz. – New York : Academic Press, 1970. – P. 103–126.

38. Decety J. Naturaliser l'empathie [Empathy naturalized] // *L'Encéphale*. – 2002. – N 28. – P. 9–20.

39. Decety J. & Jackson P.L. The functional architecture of human empathy // *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. – 2004. – N 3. – P. 71–100.

40. Gallese V. The «Shared Manifold» hypothesis: from mirror neurons to empathy // *J. of Consciousness Studies*. – 2001. – N 8. – P. 33–50.

41. Gallese V. & Goldman A.I. Mirror neurons and the simulation theory // *Trends in Cognitive Sciences*. – 1998. – N 2. – P. 493–501.

42. Joergensen Jh. Saint Francois d'Assise. Sa vie et son œuvre. – Paris : Librairie Académique Perrin, 1910. – 680 p.

43. Preston S.D., de Waal F.B.M. Empathy: Its ultimate and proximate bases // *Behavioral and Brain Sciences*. – 2002. – N 25. – P. 1–72.

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

Поступила 06.06.2017

**Для цитирования.** Мефодий (Зинковский), Кирилл (Зинковский), Баразенко К.В. Догматы веры и высшая нервная деятельность // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 63 (68). С. 95–112.

---

## THE DOCTRINES OF THE FAITH AND HIGHER NERVOUS ACTIVITY

**Methody (Zinkovskiy)<sup>1</sup>, Kirill (Zinkovskiy)<sup>1</sup>, Barazenko K.V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ss Cyril and Methodius Theological Institute of post-graduate studies  
Russian Christian Humanitarian Academy

(Embank. Fontanka, 15 A, St. Petersburg, Russia);

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

✉ Methody (Zinkovskiy), Hieromonk – Dr. of theology, PhD Techn. Sci., Ss Cyril and Methodius Theological Institute of post-graduate studies, Department of pedagogy and theology of education at Russian Christian Humanitarian Academy (Embank. Fontanka, 15 A, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: m.zink@yandex.ru;

Kirill (Zinkovskiy), Hieromonk – Dr. of theology, PhD Techn. Sci., Ss Cyril and Methodius Theological Institute of post-graduate studies, Department of pedagogy and theology of education at Russian Christian Humanitarian Academy (Embank. Fontanka, 15 A, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: ierej.cyril@mail.ru;

Kirill Vladimirovich Barazenko – PhD Med. Sci., Department of psychiatry,

Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: kbarazenko@mail.ru.

**Abstract.** It is widely believed that the theoretical postulates of religious content do not affect human everyday life. There is a widespread assurance that a vague belief in an abstract “God” or “higher Power” is sufficient to meet the spiritual needs of man, to provide for his morality and his mental health. The “subtleties” of theological language professed by any particular religion are judged as complicating the picture of life and, in essence, as far-fetched and therefore irrelevant and even unnecessary. This article aims to illustrate via consideration of some historical and practical aspects of a number of Christian doctrinal provisions, such as the dogma of the procession of the Holy Spirit and the theology of person, the superficiality of such a view. Sound higher nervous activity in human body is paralleled to harmony of the religious doctrines.

**Keywords:** religious studies, dogma, higher nervous activity, person, Filioque, personality, empathy, hysteria, conversion disorder, pride, stigmata.

### References

1. Avdeev D.A. Isteriya kak dushevnyi nedug. Strakhi: besedy s pravoslavnyim vrachom [Hysteria as a mental illness. Fears: conversations with an orthodox doctor]. Moskva. 2002. URL: <http://www.daavdeev.ru/stati-i-intervyu/isteriya-kak-dushevnyij-nedug.html>. (In Russ)
2. Antonii (Blum). O stigmatakh [About the stigmata]. Trudy [Works]. Moskva. 2002. Pp. 166–176. (In Russ)
3. Bekoryukov A. Frantsisk Assizskii i katolicheskaya svyatost' [Francis of Assisi and Roman Catholic Holiness]. Moskva. 2001. 63 p. (In Russ)
4. Bekhterev V.M. Problemy razvitiya i vospitaniya cheloveka [Problems of development and education of man]. Moskva ; Voronezh. 1997. 416 p. (In Russ)
5. Bleikher B.M., Kruk I.V. Tolkovyi slovar' psikhiatricheskikh terminov [Dictionary of psychiatric terms]. Voronezh. 1995. URL: <http://www.twirpx.com/file/795483> (In Russ)
6. Bol'shoi psikhologicheskii slovar' [Large psychological dictionary]. Eds.: B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko. Moskva. 2003. 666 p. (In Russ)
7. Gannushkin P.B. Klinika psikhopatii: ikh statistika, dinamika, sistematika [Clinic psychopathy: statistics, dynamics, taxonomy]. Izbrannye trudy [Selected works]. Moskva. 1982. Pp. 116–253. (In Russ)
8. Gippenreiter Yu.B., Karyagina T.D., Kozlova E.N. Fenomen kongruentnoi empatii [The phenomenon of congruent empathy]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1993. N 4. Pp. 61–68. (In Russ)
9. Dzhems V. Mnogoobrazie religioznogo opyta [Diversity of religious experience]. Moskva. 1910. XVI, 518 p. (In Russ)
10. Evagrii. O vos'mi pomyslakh [About the eight thoughts]. Dobrotolyubie [Philokalia] : in 5 Vol. Moskva. 2007. Vol. 1. Pp. 567–569. (In Russ)
11. Eleferenko I.O. Cinergeticheskaya sostavlyayushchaya empatii [The synergetic component of empathy]. *Pedagogicheskie nauki* [Pedagogical sciences]. 2010. N 12. Pp. 20–26. (In Russ)

12. Ignatii Bryanchaninov. Asketicheskie opyty [Ascetic practice]. Polnoe sobranie tvorenii [Complete works in eight volumes] : in 8 Vol. Moskva. 2001. Vol. 1. Pp. 73–530. (In Russ)
13. Ioann Lestvichnik. Lestvitsa vozvodyashchaya na nebo [A ladder ascending to heaven]. Moskva. 2013. 527 p. (In Russ)
14. Ital'yanskii gumanizm epokhi Vozrozhdeniya : sbornik tekstov [The Italian humanism of the Renaissance]. Saratov. 1988. Pt. 2. 190 p. (In Russ)
15. Karsavin L.P. Otkroveniya blazhennoi Andzhely [Revelations of the blessed Angela]. Katolichestvo. Otkroveniya blazhennoi Andzhely [Roman Catholicism. Revelations of blessed Angela]. Tomsk. 1997. Pp. 99–277. (In Russ)
16. Kerov V., Pecherskaya M. Stigmaty [The stigmata] // Katolicheskaya entsiklopediya [The Catholic Encyclopaedia in five volumes] : in 5 Vol. Ed. V.L. Zadornyi. Moskva. 2011. Vol. 4. Pp. 1112–1114. (In Russ)
17. Larchet J.-C. Thérapeutique des maladies mentales [Healing of the mental illnesses: the experience of the Christian East of the first centuries]. Moskva. 2007. 222 p. (In Russ)
18. Liskovskii O.V. Meditsinskaya psikhologiya [Medical psychology]. Minsk. 2003. 114 p. (In Russ)
19. Lodyzhenskii M.V. Svet nezrimyi [The light invisible]. Moskva. 1992. 310 p. [Reprint Petrograd. 1915]. (In Russ)
20. Losev A.F. Ocherki antichnogo simvolizma i mifologii [Essays on ancient symbolism and mythology]. Moskva. 1993. 959 p. (In Russ)
21. Losskii V.N. Iskhozhdenie Svyatogo Dukha v pravoslavnom uchenii o Troitse [Procession of the Holy Spirit in the Orthodox doctrine of the Trinity]. Khrestomatiya po sravnitel'nomu bogosloviyu [Anthology of the comparative theology]. Moskva. 2005. Pp. 337–363. (In Russ)
22. Meiendorf I. Vvedenie v svyatootecheskoe bogoslovie [Introduction to patristic theology]. Kiev. 2002. 356 p. (In Russ)
23. Mistika Tserkvi i mistika zapadnykh ispovedanii [Mystery of the Church and the mysticism of Western confessions]. Ed. M.A. Novoselov. Moskva. 1995. – 71 p. (In Russ)
24. Novoselov M.A. Dogmat, etika i mistika v sostave khristianskogo veroucheniya [Dogma, ethics, and mysticism within the Christian doctrine]. Moskva. 1912. 61 p. (In Russ)
25. Porfirii Kavskalivit. Zhitie i clova [The life and words]. Maloyaroslavets. 2006. 367 p. (In Russ)
26. Psikhologicheskii slovar [Dictionary of psychology]. Ed. P.S. Gurevich. Moskva. 2007. 798 p. (In Russ)
27. Rodzhers K. Vzglyad na psikhoterapiyu. Stanovlenie cheloveka [A viewpoint on psychotherapy. The development of man]. Moskva. 1994. 479 p. (In Russ)
28. Rodzhers K. Empatiya. Psikhologiya emotsii [Empathy // Psychology of emotions]. Moskva. 1984. P. 36. (In Russ)
29. Sabat'e P. Zhizn' Frantsiska Assizskogo [The Life of Francis of Assisi]. Moskva. 1895. LXXXII, 354, III p. (In Russ)
30. Sikari A. Ekaterina Sienskaya [Catherine of Siena]. Portrety svyatykh [Portraits of saints, in six volumes] : in 6 Vol. Milan. 1991. Vol. 2. Pp. 5–21. (In Russ)

31. Feofilakt Bolgarskii, blazh. Tolkovanie na Poslanie k Galatam apostola Pavla 6. 17. [Commentary on the Epistle to the Galatians of the Apostle Paul] URL: [https://azbyka.ru/otekhnik/Feofilakt\\_Bolgarskij/tolkovanie-na-poslanie-k-galatam/6](https://azbyka.ru/otekhnik/Feofilakt_Bolgarskij/tolkovanie-na-poslanie-k-galatam/6). (In Russ)
32. Frantsisk Assizskii. Sochineniya [Works]. Moskva. 1995. 288 p. (In Russ)
33. Hinshelwood R.D.A dictionary of kleinian thought [The dictionary of Kleinian psychoanalysis]. Moskva. 2007. 565 p. (In Russ)
34. Tsvetochki slavnogo messera svyatogo Frantsiska i ego brat'ev [The flowers of the glorious St. Francis and of his brothers]. Istoki frantsiskanstva [The Origins of franciscana]. Kaishyadoris. 1996. Pp. 763–925. (In Russ)
35. Entsiklopedicheskii slovar' F.A. Brokgauza i I.A. Efrona [Encyclopedic dictionary of F. A. Brockhaus and I. A. Efron in eighty-six volumes]: in 86 Vol. Sankt-Peterburg. 1901. Vol. 31. 475 p. (In Russ)
36. Etchegoen G. Empatiya [Empathy]. *Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza* [Journal of practical psychology and psychoanalysis]. 2003. N 1. URL: <http://www.twirpx.com/file/294200>. (In Russ)
37. Aronfreed J., Pascal V. The socialization of altruistic and sympathetic behavior: Some theoretical and experimental analysis. Altruism and helping behavior. Eds.: J. Macaulay, L. Berkowitz. New York : Academic Press. 1970. Pp. 103–126.
38. Decety J. Naturaliserl'empathie [Empathy naturalized]. *L'Encéphale*. 2002. N 28. P. 9–20.
39. Decety J. & Jackson P.L. The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*. 2004. N 3. Pp. 71–100.
40. Gallese V. The «Shared Manifold» hypothesis: from mirror neurons to empathy. *J. of Consciousness Studies*. 2001. N 8. Pp. 33–50.
41. Gallese V. & Goldman A.I. Mirror neurons and the simulation theory. *Trends in Cognitive Sciences*. 1998. N 2. Pp. 493–501.
42. Joergensen Jh. Saint Francois d'Assise. Sa vie et son œuvre. Paris : Librairie Académique Perrin. 1910. 680 p.
43. Preston S.D., de Waal F.B.M. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*. 2002. N 25. Pp. 1–72.

Received 06.06.2017

**For citing.** Methody (Zinkovskiy), Kirill (Zinkovskiy), Barazenko K.V. Dogmaty very i vysshaya nervnaya deyatel'nost'. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. P. 95–112. (In Russ.)

Methody (Zinkovskiy), Kirill (Zinkovskiy), Barazenko K.V. The doctrines of the faith and higher nervous activity. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. P. 95–112.

## ВЛИЯНИЕ ТИПА СЕМЕЙНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ НА ДИЗОНТОГЕНЕЗ СОЦИАЛИЗАЦИИ ТЕЛЕСНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

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

Изучены особенности социализации телесных функций у подростков с девиантным поведением в зависимости от типа семейных эмоциональных коммуникаций. В исследовании приняли участие 61 ученик Политехнического колледжа № 2 и общеобразовательная школа № 667 им. Героя Советского Союза К.Я. Самсонова (Москва). Средний возраст подростков был  $(15,2 \pm 0,6)$  года. Диагностический комплекс включал методику «Изучение особенностей социализации телесных функций» и опросник «Семейные эмоциональные коммуникации». Выявлено, что для подростков с девиантным поведением характерно использование родителями поощрительных мер воспитания и эталонирования при игнорировании эмоций подростка и запрете на их открытое выражение. Частая родительская критика способствует возникновению фиксации на телесных функциях у подростков с девиантным поведением, а также к тому, что телесная функция становится средством коммуникации несовершеннолетнего.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социальная психология, дизонтогенез, телесная функция, стратегия воспитания, девиантное поведение, семейные эмоциональные коммуникации.

### Введение

Отсутствие положительной динамики показателей заболеваемости среди детей, различных форм отклоняющегося поведения, а также увеличение воздействующих стрессоров на подростков обуславливают актуальность изучения вопросов, связанных с социализацией детей и подростков. В настоящее время отмечается рост количества психосоматических заболеваний в детском и подростковом возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения, коэффициент распространенности данной кате-

---

Проничева Мария Михайловна – мл. науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: mariya\_pronichev@mail.ru;

✉ Булыгина Вера Геннадьевна – д-р психол. наук, руков. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: ver210@yandex.ru.

гории заболеваний за последнее столетие вырос в четыре раза (ВОЗ). По данным Минздрава России, количество больных детей на 100 тыс. детского населения в возрасте от 0 до 14 лет в 2015 г. составило 223 921, что на 995 детей больше, чем в 2014 г. При этом среди социально-обусловленных заболеваний у детей и подростков выделяют психотические расстройства, в том числе связанные с синдромом зависимости от психоактивных веществ и наркотических средств.

Процесс соматизации эмоционального дистресса является типичным механизмом реагирования в детском и подростковом возрасте. У 40 % детей школьного возраста наблюдаются заболевания, требующие психосоциальной адаптации, а не медикаментозного лечения. В качестве внешних условий психического развития, способствующих адекватной социализации ребенка, выступают другие люди, в частности его семья.

Семейная дисфункция относится к числу социально-психологических факторов, оказывающих влияние на генез психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте: конфликтные взаимоотношения, воспитание по типу гиперопеки и ограничивающего контроля, эмоциональное отвержение ребенка, симбиотическая связь с одним из родителей [2, 11]. В ряде работ показано, что реализуемые родителями воспитательные практики, их структурный и содержательный компоненты, существенно влияют на нарушения способности ребенка к социализации [3, 4, 12].

Социализация предполагает анализ формирования системы социальных ролей и ценностей, а также процесса присвоения человеком социального опыта, в том числе опыта отношения к телесности [7]. При осмыслении реакций, которые транслирует значимое окружение, у ребенка формируется система взглядов на свою телесность.

Выделяют три системы социализации телесных функций: эталонирование, поощрение и ограничение. Эталонирование заключается в предъявлении эталонов по принципу «делай, как я» с одновременным отслеживанием того, как это делает ребенок. Поощрение или наказание (ограничение) применяются родителями в отношении телесных проявлений ребенка, переносимости боли, овладения навыками опрятности и т. п. Неблагоприятные условия воспитания способствуют нарушению социализации телесных функций ребенка, которые могут выражаться в снижении произвольности регуляции телесной функции, фиксации (невротической) на какой-либо функции, а также использовании ребенком своих телесных проявлений или симптомов в качестве средства коммуникации [1, 4, 10, 13]. Инди-

катором трудностей в семейном взаимодействии могут служить соматоформные расстройства [5, 4].

Отмечается, что процесс формирования телесности изначально строится в зависимости от эмоционального реагирования значимых лиц. В подростковом возрасте особенно интенсивно проявляется потребность ребенка в автономии, которая способствует повышению у подростка уровня самооценки и уверенности в себе, создавая основу формирования идентичности. Выделяют два вида автономии – эмоциональную и поведенческую. Процесс обретения эмоциональной автономии особенно важен для подростков, воспитывающихся в дисфункциональных семьях, так как имеющий место в таких семьях отрицательный микроклимат создает предпосылки для появления девиантного поведения [6, 8, 9]. При этом показано, что сильная привязанность к агенту социализации обуславливает эффективность усвоения норм, транслируемых им.

*Цель исследования* – определить особенности влияния типов семейных эмоциональных коммуникаций на социализацию телесных функций у подростков с девиантным поведением на основании сравнительного анализа с подростками с нормообразным поведением.

### **Материал и методы**

Обследовали подростков в возрасте 14–16 лет: 31 человек с нормообразным поведением (1-я группа) и 30 человек с девиантным поведением (2-я группа).

Для выявления типов родительских практик социализации телесных функций и диагностики особенностей нарушений их регуляции использовали методику «Изучение особенностей социализации телесных функций», сконструированная В.Г. Бульгиной и Е.А. Подмогаевой (2009). Для диагностики типов семейных эмоциональных коммуникаций применяли опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» [14, 15].

Методологической основой методики «Изучение особенностей социализации телесных функций» являются положения культурно-исторической концепции: прижизненное формирование высших психических функций; социальность их происхождения и опосредованность характера, а также встроенность телесных функций в онтогенез общего психического развития. Методика состоит из 2 блоков, включающих 73 утверждения:

– 1-й блок предназначен для определения нарушений телесных функций (дыхательной, питательной, выделительной, сон–бодрствование),

которые могут проявляться в нарушении произвольности регуляции, фиксированности и использовании их как средства коммуникаций;

– 2-й блок направлен на определение воспитательных практик (поощрение, эталонирование, ограничение). Уровень выраженности шкал методики оценивается при помощи балльной системы.

Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» содержит 30 утверждений. Особенности семейных коммуникаций выявляются по факторам, уровень выраженности которых оценивается при помощи балльной системы [14]:

1) критика подразумевает частую родительскую критику и недовольство со стороны родителей;

2) индуцирование тревоги развивается в форме негативных ожиданий и предсказаний;

3) элиминирование эмоций – это игнорирование эмоций и запрет на их открытое выражение в семье;

4) фиксация на негативных переживаниях заключается в длительном переживании родителями неудач и неприятностей ребенка, которые в дальнейшем, во взрослом возрасте, могут являться источником руминативного негативного мышления;

5) внешнее благополучие – это недоверие и враждебность к людям;

6) сверхвключенность – повышенный контроль и вмешательство в дела ребенка;

7) семейный перфекционизм заключается в завышенных ожиданиях и требованиях со стороны родителей.

Статистическую обработку результатов исследования провели с помощью пакетов прикладных программ Statistica. С помощью методов дескриптивной статистики были вычислены средние показатели и их стандартные отклонения ( $M \pm \sigma$ ). Сходство (различия) в группах определяли по непараметрическому U-критерию Манна–Уитни, взаимообусловленность показателей – по коэффициенту корреляции Пирсона. Различия между группами считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### **Результаты и их анализ**

Показатели социализации телесных функций, родительских практик их социализации и семейных эмоциональных коммуникаций представлены в табл. 1, 2.

Анализ по критерию Манна–Уитни, проведенный для выявления различий показателей социализации телесных функций в группах подростков,

показал, что во 2-й группе родители значимо чаще используют поощрительные меры воспитания в отношении телесных проявлений, переносимости боли, овладения навыками опрятности и т. п., чем в 1-й (см. табл. 1).

Таблица 1

Средние значения параметров методики «Изучение особенностей социализации телесных функций», ( $M \pm \sigma$ ) балл

Показатель	Группа		p <
	1-я	2-я	
Произвольность	10,6 ± 2	10,2 ± 2,4	–
Фиксированность	13,9 ± 3	13,6 ± 3,7	–
Средство коммуникации	6,3 ± 2	5,6 ± 2	–
Эталонирование	1,7 ± 1	1,4 ± 1	–
Поощрение	5,5 ± 2	6,8 ± 1,8	0,05
Ограничение	1,8 ± 0,4	1,7 ± 0,5	–

Следует также акцентировать внимание на то, что во 2-й группе родителями на уровне тенденций реже используются ограничительные меры, которые реализуют передачу функции контроля подростку (см. табл. 1).

Статистически значимых различий данных опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» в сравниваемых группах не обнаружили (см. табл. 2). На уровне тенденций во 2-й группе выявили более высокие показатели шкал, которые являлись индикаторами семейной дисфункции (критика, элиминирование эмоций, фиксация на негативных переживаниях, внешнее благополучие, сверхвключенность и семейный перфекционизм) и являлись факторами риска появления девиаций поведения (см. табл. 2).

Можно также предположить, что более высокие показатели по шкале индуцирование тревоги в 1-й группе были фактором, сдерживающим возникновение расстройств поведения (см. табл. 2).

Таблица 2

Средние значения параметров опросника «Семейные эмоциональные коммуникации», ( $M \pm \sigma$ ) балл

Показатель	Группа	
	1-я	2-я
Критика	7,8 ± 3	9 ± 3,7
Индукция тревоги	11,1 ± 3	10,2 ± 2,2
Элиминирование эмоций	7,2 ± 3,3	7,9 ± 2,9
Фиксация на негативных переживаниях	4,1 ± 2	4,2 ± 1,7
Внешнее благополучие	5,6 ± 1,9	6,3 ± 2
Сверхвключенность	5 ± 1,9	5,4 ± 1,8
Семейный перфекционизм	6 ± 2	6,3 ± 1,9

Для определения характера взаимосвязей системы социализации родителями телесных функций, аспектов социализации и факторов семейных эмоциональных коммуникаций у подростков в группах был проведен корреляционный анализ (см. табл. 3).

В 1-й группе подростков было выявлено, что фиксация на телесных функциях связана с такими факторами семейных коммуникаций, как семейный перфекционизм и индукция тревоги (см. табл. 3), тогда как во 2-й группе подростков фиксация на телесных функциях связана со сверхвключенностью и критикой (см. табл. 3).

Обнаружено, что телесные функции являются средством коммуникации в 1-й группе подростков, когда в семье преобладают коммуникации по типу индукции тревоги и семейного перфекционизма. Обратная связь существует между показателями шкалы «средство коммуникации» и родительской критикой в 1-й группе подростков (см. табл. 3), тогда как во 2-й группе подростков обнаруживается положительная связь между родительской критикой и «средством коммуникации» (см. табл. 3). В обеих группах показатели переменной «средство коммуникации» отрицательно коррелируют с показателями фактора «элиминирование эмоций» (см. табл. 3).

Обнаружена отрицательная связь эталонирования с фиксацией на негативных переживаниях и с индукцией тревоги в 1-й группе подростков (см. табл. 3). В обеих группах было выявлено, что существует положительная связь между эталонированием и элиминированием эмоций (см. табл. 3).

Таблица 3

Взаимосвязь переменных социализации телесных функций и факторов семейных эмоциональных коммуникаций в группах подростков

Показатели методики «Изучение особенностей социализации телесных функций»	Показатели методики «Семейные эмоциональные коммуникации»					
	Критика	Индукция тревоги	Элиминирование эмоций	Фиксация на негативных переживаниях	Сверхключенность	Семейный перфекционизм
1-я группа						
Фиксированность		0,558*				0,356*
Средство коммуникации	-0,372*	0,610**	-0,426*			0,549**
Эталонирование		-0,518**	0,439*	-0,493**		
Поощрение	0,431*	-0,570**		-0,403*		
2-я группа						
Фиксированность	0,639**				0,540**	
Средство коммуникации	0,423*		-0,466**			
Эталонирование			0,418*			
Поощрение			0,458*			
Ограничение	-0,441*					

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Во 2-й группе подростков элиминирование эмоций положительно коррелирует с показателями по шкале «поощрение» (см. табл. 3), тогда как в 1-й группе подростков переменная «поощрение» положительно коррелирует с критикой, а также обнаружены отрицательные корреляции между поощрением и индукцией тревоги; поощрением и фиксацией на негативных переживаниях (см. табл. 3).

Во 2-й группе подростков была выявлена отрицательная связь между критикой и ограничением (см. табл. 3).

Проведенное исследование позволило выявить ряд особенностей социализации телесных функций в зависимости от типа семейных эмоциональных коммуникаций, характерных для подростков обеих групп.

У подростков во 2-й группе фиксация на телесных функциях формируется при частой родительской критике и недовольстве, а также при по-

вышенном контроле с их стороны. Было выявлено, что, когда подросток подвергается частой критике, его телесные функции выступают в роли средства коммуникации. При использовании родителями поощрения как средства социализации увеличивается тенденция к игнорированию эмоций и запрету на их открытое выражение в семье. В случае использования системы ограничений снижается тенденция к частой критике со стороны родителей.

В 1-й группе подростков наблюдаются следующие тенденции. Фиксация на телесных функциях возникает в случаях, когда у родителей слишком завышенные ожидания и требования по отношению к детям, а также при индуцировании тревоги в форме негативных ожиданий. При этом телесные функции у подростков будут являться средством коммуникации. В случае частой критики со стороны родителей телесные функции ребенка перестанут играть коммуникативную роль. В случае, когда в семье используется система эталонов как средство социализации телесных функций, будут снижаться фиксация на негативных переживаниях и уровень индуцирования тревоги. При поощрении в данной группе подростков обнаруживается склонность родителей к критике, снижению негативных переживаний и уровня индуцирования тревоги.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, чем выше в семье тенденция к игнорированию эмоций и запрету на их открытое выражение, тем меньше подростки обеих групп будут использовать свои телесные функции как средство коммуникации. При этом в семье будет преобладать использование системы эталонов как средства социализации телесных функций.

### **Заключение**

Таким образом, значимую роль в процессе социализации телесных функций у подростков с девиантным поведением играет система поощрения со стороны значимого близкого окружения, ориентированная на одобрение определенных поведенческих стереотипов. Однако такая система исключает наличие четких границ и рамок дозволенного. Для родителей подростков с девиантным поведением характерно игнорирование эмоций подростка и запрет на их открытое выражение при использовании в качестве систем социализации поощрения и системы эталонов. Родители, использующие ограничение, менее склонны к критике.

В ситуации частой родительской критики и недовольства, повышенного контроля и вмешательства в дела ребенка подростки с девиантным

поведением склонны к фиксации телесных функций. Открытое выражение эмоций и поощрение эмоциональных проявлений в семье, а также частая критика и недовольство со стороны родителей приводят к тому, что телесная функция используется как средство коммуникации.

Понимание механизмов влияния типов семейных эмоциональных коммуникаций на социализацию телесных функций позволяют расширить представления о структуре и функции психосоматических явлений в процессе онтогенетического развития и сделать психокоррекционную работу с подростками с девиантным поведением более дифференцированной.

### Литература

1. Арина Г.А., Николаева В.В. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1996. – № 2. – С. 8–17.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : крат. учеб. – М. : Гэотар Мед., 1999. – 373 с.
3. Булыгина В.Г. Нарушения саморегуляции у несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2003. – 24 с.
4. Булыгина В.Г., Белякова М.Ю., Абольян Л.В. Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, № 3. – С. 50–54.
5. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. – М. : Триада-Х, 1999. – 266 с.
6. Заика Е.В., Крейдун Н.П., Ячина А.С. Психологическая характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением // Вопр. психологии. – 1990. № 4. – С. 83–89.
7. Кондаков И.М. Психология : ил. слов. – М., 2003. – 508 с.
8. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 99 с.
9. Королев В.В. Психические отклонения у подростков-правонарушителей. – М. : Медицина, 1992. – С.70-88.
10. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психол. журн. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.
11. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия : пер. с нем. – М. : Медицина, 1996. – 464 с.
12. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина ; Науч.-исслед. ин-т общ. и пед. психологии Акад. пед. наук СССР. – М. : Педагогика, 1989. – 208 с.
13. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
14. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 4. – С. 97–125.

15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи. В исследовании принимала участие выпускница кафедры юридической психологии и права Московского государственного психолого-педагогического университета С.М. Сабадырь. В создании методики «Изучение особенностей социализации телесных функций» участвовали В.Г. Булыгина и Е.А. Подмогаева, в ее апробации – А. Саука и К. Гуляева.

Поступила 09.08.2017

**Для цитирования:** Проничева М.М., Булыгина В.Г. Влияние типа семейных эмоциональных коммуникаций на дизонтогенез социализации телесных функций у подростков // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 113–124.

---

**INFLUENCE OF THE FAMILY EMOTIONAL COMMUNICATIONS ON  
THE DYSONTOGENESIS OF THE SOCIALIZATION OF BODILY FUNCTIONS  
AMONG ADOLESCENTS**

**Pronicheva M.M., Bulygina V.G.**

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
(Kropotkinsky lane, 23, Moscow, Russia)

Maria Mikhailovna Pronicheva – Junior research associate, psychohygiene and psychoprophylaxis laboratory. V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: [mariya\\_pronichev@mail.ru](mailto:mariya_pronichev@mail.ru)

✉ Vera Gennadievna Bulygina – Dr. Psychol. Sci., Head of the Psychohygiene and Psychoprophylaxis Laboratory. V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru).

**Abstract.** The article presents the study of the features of the socialization of bodily functions among adolescents with deviant behavior, depending on the type of family emotional communications. 61 college and school students took part in the study (average age:  $15.18 \pm 0.563$ ). The diagnostic complex included the questionnaire “Study of the features of the socialization of bodily functions”, which was used to identify violations of the socialization of bodily functions and to determine the parental strategies, and the questionnaire “Family emotional communications” to determine the characteristics of emotional behavior of parents. It was revealed in the group of

adolescents with deviant behavior parents use encouraging as a parental strategy and standardization while ignoring the adolescents' emotions and prohibiting their open expression more often than parents of adolescents with normal behavior. Frequent parental criticism promotes the emergence of attachment to bodily functions among adolescents with deviant behavior, and in this case the bodily function becomes a mean of communication for adolescent.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, social psychology, dysontogenesis, bodily functions, parental strategies, deviant behavior, family emotional communications.

### References

1. Arina G.A., Nikolaeva V.V. Ot tradicionnoj psihosomatiki k psihologii telesnosti [From traditional psychosomatics to the psychology of corporeality]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 1996. N 2. Pp. 8–17. (In Russ.)
2. Brojtigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticheskaja medicina [Psychosomatic medicine]. Moskva. 1999. 373 p. (In Russ.)
3. Bulygina V.G. Narushenija samoreguljicii u nesovershennoletnih s vyrazhennymi psihicheskimi rasstrojstvami, sovershivshih obshhestvenno opasnye dejstva [Violations of self-regulation among minors with expressed mental disorders that have committed socially dangerous acts] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2003. 24 p. (In Russ.)
4. Bulygina V.G., Beljakova M.Ju., Abol'jan L.V. Vlijanie semejnoj disfunkcii na psihofizicheskoe razvitie detej i podrostkov [Influence of family dysfunction on the children' and adolescents' psychophysical development]. *Pediatricheskaja farmakologija* [Pediatric Pharmacology]. 2013. Vol. 10, N 3. Pp. 50–54. (In Russ.)
5. Gindikina V.Ja., Gur'eva V.A. Lichnostnaja patologija [Personal pathology]. Moskva. 1999. 266 p. (In Russ.)
6. Zaika E.V., Krejdu N.P., Jachina A.S. Psihologicheskaja karakteristika lichnosti podrostkov s otklonjajushhimsja povedeniem [Psychological characteristics of the personality of adolescents with deviant behavior] *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 1990. N 4. Pp. 83–89. (In Russ.)
7. Kondakov I.M. Psihologija : illjustrirovannyj slovar' [Psychology: Illustrated reference book]. Moskva. 2003. 508 p. (In Russ.)
8. Korobejnikov I.A. Narushenija razvitija i social'naja adaptacija [Developmental disorders and social adaptation]. Moskva. 2002. 99 p. (In Russ.)
9. Korolev V.V. Psihicheskie otklonenija u podrostkov-pravonarushitelej [Mental abnormalities among adolescent offenders]. Moskva. 1992. 206 p. (In Russ.)
10. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Kliniko-psihologicheskie problemy psihologii telesnosti [Clinical and psychological problems of the psychology of corporeality]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2003. Vol. 24, N 1. Pp. 119–126. (In Russ.)
11. Pezeshkian N. Psihosomatika i pozitivnaja psihoterapija [Psychosomatics and positive psychotherapy]. Moskva. 1996. 464 p. (In Russ.)
12. Sem'ja v psihologicheskoy konsul'tacii: opyt i problemy psihologicheskogo konsul'tirovanija [Family in psychological counseling: Experience and problems of

psychological counseling]. Eds.: A.A. Bodalev, V.V. Stolin. Moskva. 1989. 208 p. (In Russ.)

13. Thostov A.Sh. Psihologija telesnosti [Psychology of corporeality]. Moskva. 2002. 287 p. (In Russ.)

14. Holmogorova A.B., Volikova S.V., Sorokova M.G. Standartizacija oprosnika «Semejnye jemocional'nye kommunikacii» [Standardization of the questionnaire “Family emotional communications”]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2016. Vol. 24, N 4. Pp. 97–125. (In Russ.)

15. Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Shajb P., Virshing M. Jemocii i psihicheskoe zdorov'e v social'nom i semejnom kontekste (na modeli somatoformnyh rasstrojstv) [Emotions and mental health in the social and family context (on the model of somatoform disorders)]. *Medicinskaja psihologija v Rossii : jelektronnyj nauchnyj zhurnal* [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal]. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.)

Received 09.08.2017

**For citing:** Pronicheva M.M., Bulygina V.G. Vlijanie tipa semejnyh jemocional'nyh kommunikacij na dizontogenez socializacii telesnyh funkcij u podrostkov. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 113–124. (In Russ.)

Pronicheva M.M., Bulygina V.G. Influence of the family emotional communications on the dysontogenesis of the socialization of bodily functions among adolescents. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 113–124.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПАРАМЕТРОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ НЕАГРЕССИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

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

Целью исследования было определение взаимосвязей между параметрами саморегуляции и индивидуально-типологическими особенностями лиц, совершивших неагрессивные правонарушения. В Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва) обследовали 31 мужчину, совершивших неагрессивные правонарушения и признанных виновными. В группу сравнения вошли 49 мужчин с нормообразным поведением. Изучили индивидуально-типологические особенности и проявления саморегуляции при помощи комплекса опросных методик. Выявлена специфическая структура индивидуально-типологических особенностей, влияющая на стиль осознанной регуляции поведения, сопряженной с риском дезадаптации в форме криминального поведения. В группе лиц, совершивших неагрессивные правонарушения, выявлена низкая структурированность индивидуально-типологических параметров и слабая взаимосвязь регуляторных звеньев саморегуляции с психобиологическими характеристиками темперамента и нейроактивационными процессами. Предлагается включение методов психологической диагностики индивидуально-типологических особенностей в процедуру производства психолого-психиатрической экспертизы для повышения эффективности экспертизы и профилактики дезадаптации в форме криминального поведения.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, юридическая психология, саморегуляция, индивидуально-типологические особенности, криминальная личность.

---

✉ Дубинский Александр Александрович – мл. науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Лысенко Надежда Евгеньевна – науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: nlysenko@yandex.ru;

Ковалева Мария Евгеньевна – мл. науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: kovaleva\_me@inbox.ru.

## Введение

В правовом поле понятие «саморегуляция» тесно связано с представлением об ответственности личности перед обществом, которая заключается в сознательном соблюдении моральных принципов и правовых норм, выражающих общественную необходимость. Нарушение саморегуляции у субъекта преступления влечет признание его невменяемым или ограниченно вменяемым.

Значительную группу лиц, проходящих обследование в ходе психолого-психиатрической экспертизы, представляют те испытуемые, которые хотя и страдают психическими расстройствами, но не лишены способности руководить своими действиями. В отношении таких лиц, нередко попадающих в поле зрения психиатров задолго до совершения правонарушения, важным становится выявление генеза нарушений саморегуляции для прогнозирования противоправного поведения и его профилактики [4].

Судебно-психологический подход к исследованию саморегуляции характеризуется вниманием исключительно к ценностно-смысловым механизмам саморегуляции [8], что в некоторой степени противоречит системной структурно-уровневой концепции психики.

В основе настоящего исследования лежат современные представления о саморегуляции, как многоуровневом процессе, в которых значительное влияние имеют бессознательные, биологически обусловленные механизмы. Такое рассмотрение проблемы основано на концепциях организации произвольных актов Н.А. Бернштейна [2] и теории функциональных систем П.К. Анохина [1], включающих принцип саморегуляции, который заключается в наличии этапа оценки результатов деятельности. Этот принцип лег в основу наиболее известных современных теорий, сформулированных в психологии труда, где саморегуляция рассматривается как иерархический, системно-организованный процесс психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами произвольной деятельности, реализующей достижение целей [7].

В системно-деятельностной концепции под саморегуляцией понимается деятельность субъекта, направленная на сохранение или преобразование текущего состояния в оптимальное для успешного выполнения деятельности. Она осуществляется на двух уровнях: физиологическом, связанном с энергетическим обеспечением; и психодинамическом, обеспечивающим поведенческую и эмоциональную вариабельность личности [5]. Выявлено, что на успешность саморегуляции оказывают влияние такие

психологические конструкты, как: активационно-тормозящие механизмы [12], взаимно компенсирующие процессы [3]; личностные черты [5, 8, 11]. Отмечена связь саморегуляции с вегетативными [9] и центральными [6] процессами.

Таким образом, современные научные тенденции определяют вектор изучения саморегуляции девиантного и криминального поведения как многоуровневых сознательно-бессознательных процессов. Следует отметить, что совершение неагрессивных правонарушений в большинстве случаев включает постановку цели и приложение усилий для ее достижения (например, кража, торговля наркотическими средствами, сексуальные правонарушения). Предположительно, в этих случаях имеет место специфическим образом организованный регуляторный процесс, в основе которого лежит «разбалансированность» темперамента [10]. Эмпирическое подтверждение и описание таких особенностей саморегуляции может быть основой для предикации склонности к неагрессивным правонарушениям и обеспечивать решение профилактических задач.

*Цель исследования* – выявление взаимосвязей между индивидуально-типологическими особенностями и функциональными звеньями процесса саморегуляции, обуславливающих криминализацию лиц, у которых не нарушена способность руководить своими действиями.

### **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 80 мужчин, из которых 31 со средним возрастом ( $28,1 \pm 11,2$ ) года обвинялись в совершении неагрессивных правонарушений (группа «правонарушители»), и были признаны виновными на момент совершения правонарушения по результатам комплексной психолого-психиатрической экспертизы, проводимой в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России (Москва). Группа правонарушителей была представлена:

1) лицами с органическим расстройством личности различной этиологии (F07.08, F07.09, F01–07) – 5 человек (16,1 %),

2) с аффективными расстройствами (F30–39), расстройствами, связанными с приемом психоактивных веществ (ПАВ) (F10–19) и расстройствами личности (F60–69) – 15 (48,4 %);

3) психически здоровыми (Z00–Z99) – 11 человек (35,5 %). В подгруппе психически здоровых правонарушителей не было выявлено каких-либо акцентуаций.

Группа правонарушителей была однородной по социальным показателям развития: условиям жизни и воспитания, социальному окружению, образованию, профессиональной деятельности, службе в рядах Вооруженных сил, семейному положению, истории судимостей.

Группу правонарушителей, страдающих психическим расстройством, отличает более частая встречаемость неврологических нарушений (9 человек, 45 %), экзогений в виде черепно-мозговых травм, злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами (18 человек, 90 %), соматических заболеваний (13 человек, 65 %). 11 пациентов (55 %) попадали в поле зрения психиатров в подростковом возрасте, у 18 человек (90 %) ранее был установлен психиатрический диагноз. В детстве у 11 (55 %) пациентов отмечались вспыльчивость, у 12 (60 %) нарушения поведения, у 9 (45 %) низкая успеваемость; в пубертате у 8 (40 %) – делинквентное поведение, у 9 (45 %) – возбудимость, у 10 (50 %) – эмоциональная неустойчивость (10 человек, 50 %). В подростковом возрасте 9 (45 %) подэкспертных психически больных состояли на динамическом наблюдении в инспекции по делам несовершеннолетних.

В ходе патопсихологического обследования у подэкспертных с психическими расстройствами выявили: снижение темпа работоспособности (8 человек, 40 %), конкретность ассоциативной сферы (6 человек, 30 %), нарушения динамической стороны мышления (8 человек, 40 %), снижение уровня обобщения (12 человек, 60 %), а также индивидуально-психологические особенности: импульсивность (13 человек, 65 %), агрессивность (7 человек, 35 %), эмоциональная неустойчивость (7 человек, 35 %), личностное огрубление (8 человек, 40 %), облегченность оценок и суждений (15 человек, 75 %), эгоцентризм (12 человек, 60 %), лживость (11 человек, 55 %), низкое чувство вины (12 человек, 60 %).

По средним значениям параметров опросника «Саморегуляция» обследуемые с наличием психических расстройств в целом не отличались от группы психически здоровых правонарушителей.

Группу сравнения составили 49 мужчин с нормосообразным поведением без психических заболеваний со средним возрастом ( $27,8 \pm 6,1$ ) года, ранее не привлекавшиеся к уголовной ответственности (группа «норма»).

Диагностический комплекс включал следующий набор методик:

– опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССП). Методика подготовлена В.И. Моросановой (1989), включает шкалы функциональных звеньев процесса саморегуляции «гибкости» «планирования», «моделирования», «программирования», «самостоятельности», «оценивания резуль-

татов», и «общего уровня саморегуляции», диагностирующий конструкт «саморегуляция»;

– опросник Кавера–Уайта (Carver C.S., White, T.L. 1994), стандартизированный Г.Г. Князевым и Е.Р. Слободской (2007). Методика диагностирует конструкт «активация». Он включает шкалы: «чувствительность к опасности или негативным ситуациям» (BIS); «активация получения удовольствия» (BAS Fun); «активация достижения отдаленных целей» (BAS Drive); «активация ожидания поощрения» (BAS Reward);

– опросник самоконтроля (OC). Опросник разработан Г. Грасмик, (1993) в адаптации В.Г. Булыгиной (2008), содержащий шкалы: «импульсивность», «предпочтение простых задач», «стремление к риску», «физическая активность», «эгоцентризм», «раздражительность», диагностирующий конструкт «самоконтроль»;

– опросник Басса–Перри (Buss A., Perry M., 1992) в адаптации С.Н. Ениколополова и Н.П. Цибульского (2007). Содержит шкалы: «общая агрессивность», «склонность к физической агрессии», «враждебность» и «гнев». Опросник интегрально диагностирует конструкт «агрессивность»;

Также применяли опросники: ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина (Ю.Л. Ханин, 1976); формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ) (В.М. Русалов, 1997). Валидность всех опросников была подтверждена ранее.

Статистическую обработку эмпирических данных осуществляли при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок, корреляционного анализа Пирсона, однофакторного дисперсионного анализа, таблиц сопряженности. Проводили оценку нормальности распределения с помощью критерия Смирнова–Колмогорова. Использовали статистический пакет SPSS 20.0.

### **Результаты и их анализ**

По данным опросника саморегуляции в группе правонарушителей по сравнению с нормой выявлены статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) более низкие показатели моделирования поведения и самостоятельности (рисунок 1)

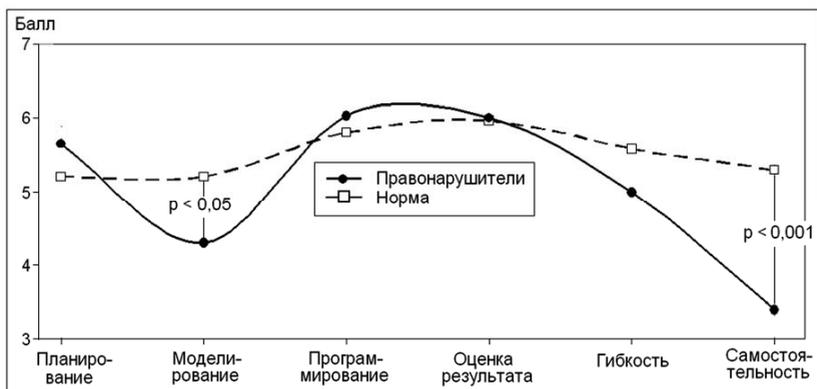


Рис. 1. Значения параметров опросника саморегуляции в группах

По результатам сравнительного анализа обследуемых в группах правонарушителей и нормы (t-критерий Стьюдента) были выявлены значимые различия в дисперсиях параметров коммуникативной пластичности, личностной тревожности, раздражительности, эгоцентризма, импульсивности, моделирования и самостоятельности. В группе правонарушителей средние значения указанных параметров были ниже, чем в группе нормы (табл. 1).

Таблица 1  
Значимые различия показателей психологических особенностей в группах, (M ± σ) балл

Методика	Параметр	Группа		p <
		правонарушители	норма	
Спилбергера–Ханина	Личностная тревожность	40,5 ± 8,5	45,8 ± 11,0	0,05
ОС	Раздражительность	0,7 ± 0,7	1,5 ± 1,2	0,001
	Эгоцентризм	0,6 ± 0,8	1,3 ± 1,2	0,01
	Импульсивность	1,3 ± 1,0	1,8 ± 1,1	0,05
ССП	Моделирование	4,4 ± 1,6	5,2 ± 1,6	0,05
	Самостоятельность	3,5 ± 2,0	5,2 ± 2,2	0,001
ОФДСИ	Пластичность коммуникативная	20,4 ± 5,0	26,1 ± 6,5	0,001

Для выявления связей между отдельными этапами процесса саморегуляции и индивидуально-типологическими характеристиками был прове-

ден корреляционный анализ раздельно в группах правонарушителей и нормы.

Корреляционный анализ показал, что в группе правонарушителей планированию поведения мешают такие психологические качества как гнев и враждебность (рис. 2). Как правило, при планировании активность правонарушителей направлена на ожидание поощрения, в то время как в группе нормы – на достижение отдаленных результатов (рис. 3).

Низкая способность к моделированию поведения в группе правонарушителей связана с преобладанием активации, направленной на получение удовольствия (см. рис. 2). В группе нормы высокая эффективность процесса моделирования поведения связана с низкой личностной тревожностью и такой характеристикой темперамента, как высокая скорость интеллектуальных процессов (см. рис. 3).

В группе правонарушителей программирование деятельности может нарушаться из-за низкой интеллектуальной эргичности, т.е. вовлеченности в познавательную деятельность (см. рис. 2). В группе нормы успешность программирования связана с развитым самоконтролем при решении сложных задач (рис. 3).

Корреляционный анализ показал, что в группе правонарушителей эффективному оцениванию результатов препятствует такая особенность самоконтроля как высокая импульсивность (см. рис. 2). Как правило, при оценивании результатов активность правонарушителей направлена на ожидание поощрения, в то время как в группе нормы успешность оценивания результатов связана с вовлеченностью в коммуникативную деятельность, т.е. коммуникативной эргичностью (см. рис. 3).

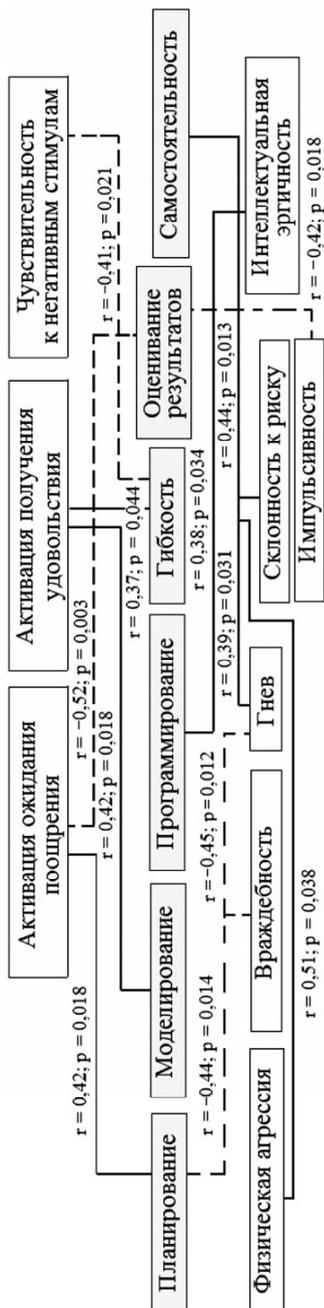


Рис. 2. Корреляционные взаимосвязи между функциональными звеньями саморегуляции в группе правонарушителей.

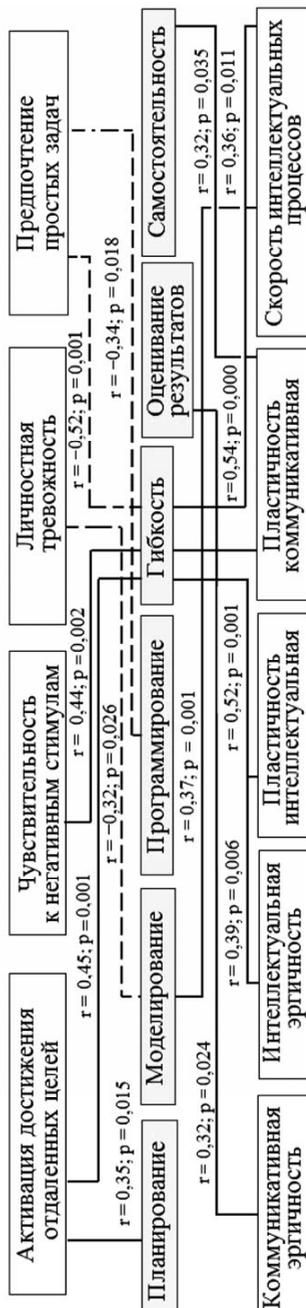


Рис. 3. Корреляционные взаимосвязи между функциональными звеньями саморегуляции в группе нормы.

В группе правонарушителей недостаточная гибкость саморегуляции определяется сочетанием высокой чувствительности к негативным ситуациям, и преобладанием активности (активации), связанной со стремлением к непосредственному получению удовольствия (см. рис. 2). В группе нормы высокая гибкость сознательной саморегуляции связана со сформированностью разноуровневых индивидуально-типологических особенностей, таких, как интеллектуальная пластичность, скорость, эргичность, активация достижения отдаленных целей и стремление к решению сложных задач. В отличие от группы правонарушителей, в группе нормы высокая чувствительность к негативным ситуациям связана с повышением гибкости саморегуляции (см. рис. 3).

В группе правонарушителей несвязанность звеньев саморегуляции поведения сопряжена со склонностью к риску, физической агрессией и гневом (см. рис. 2). В группе нормы самостоятельность в организации поведения связывается с развитостью коммуникативной пластичности (см. рис. 3).

Для выявления значимых различий средних значений дисперсии переменных опросника «Саморегуляция» между подгруппами правонарушителей был проведен однофакторный дисперсионный анализ (табл. 2).

Таблица 2

Показатели переменных опросника «Саморегуляция» в подгруппах правонарушителей, ( $M \pm \sigma$ ), балл

Показатель опросника «Саморегуляция»	Подгруппа правонарушителей			p <
	психически здоровые (1)	расстройство личности (2)	органическое расстройство (3)	
Моделирование	5,3 ± 1,4	4,1 ± 1,6	3,2 ± 0,5	1/3; 0,05
Программирование	6,6 ± 1,6	6,1 ± 1,6	4,4 ± 1,5	1/3; 0,05
Самостоятельность	2,6 ± 2,0	3,5 ± 1,6	5,4 ± 1,8	1/3; 0,05

У психически здоровых правонарушителей и правонарушителей, страдающих органическим расстройством личности, существенно различались средние значения параметров «моделирование», «программирование» и «самостоятельность» опросника «Саморегуляция» (см. табл. 2).

*Обсуждение результатов.* В результате проведенного анализа в исследуемых группах было выявлено, что профиль саморегуляции в группе лиц, совершивших правонарушения, характеризуется дисгармоничностью, которая проявляется в неравномерной выраженности ее отдельных звеньев. Сочетание достаточно развитых звеньев планирования и программиро-

вания с одной стороны и низкого уровня самостоятельности и моделирования условий достижения целей с другой, особенно в группе лиц с органическим расстройством личности, приводит к нарушениям цикличности в процессе произвольной регуляции, вследствие которой затруднена компенсация одних звеньев другими в стрессовых ситуациях, что приводит к нарушениям поведения.

Анализируя профиль саморегуляции правонарушителей можно предположить, что для них характерны способность ставить реалистичные цели, продуманность действий, ригидность при принятии решения. Из-за низкого уровня развития звена моделирования у правонарушителей не всегда адекватно отражены значимые для достижения результата внешние и внутренние условия деятельности.

На втором этапе исследований была выявлена слабая структурированность взаимосвязей между разноуровневыми характеристиками индивидуальности в группе правонарушителей по сравнению с группой нормы. Дефицитарность таких взаимосвязей обуславливает снижение степеней свободы реагирования в сложных ситуациях, и определяет ригидность коммуникативных и интеллектуальных процессов, а также низкую вариативность способов адаптации в целом.

У правонарушителей в структуре самоконтроля выявлена меньшая личностная тревожность. Комплекс индивидуально-типологических особенностей свидетельствует о низкой эмоциональной реактивности и восприимчивости к угрозам в широком диапазоне ситуаций.

Проведенный на третьем этапе исследования анализ позволил выделить специфичные для групп правонарушителей сочетания индивидуально-типологических особенностей и саморегуляции. В частности, была выявлена взаимосвязь звеньев саморегуляции (планирование, моделирование, оценивание результатов, гибкость) и нейроактивационных процессов, которые лежат в основе мотивации, связанной с непосредственным получением удовлетворения. Специфическим отличием группы нормы была сопряженность процесса саморегуляции с более высоким уровнем вовлеченности в познавательную деятельность, стремлением к достижению отставленных целей, и ориентацией на выполнение сложных задач.

Отличительной особенностью группы правонарушителей, было сочетание неразвитости таких звеньев саморегуляции, как планирование и самостоятельность, с агрессивностью и склонностью к риску. Кроме того, нарушенные поведенческие и коммуникативные аспекты психической дея-

тельности приводят к низкой вариативности их поступков и высказываний в ходе социального взаимодействия.

### **Заключение**

В исследовании были выделены особенности взаимосвязей между произвольной регуляцией поведения и устойчивыми индивидуально-типологическими особенностями, обуславливающими риск дезадаптации в виде неагрессивного криминального поведения среди лиц, признанных виновными по результатам комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Отмечено, что группа лиц, совершивших неагрессивные правонарушения, характеризуется дисгармоничностью профиля саморегуляции, низкой структурированностью психобиологических оснований саморегуляции и самоконтроля, а также наличием специфических иерархических взаимосвязей между индивидуально-типологическими особенностями и звеньями саморегуляции.

К предикторам риска криминализации можно отнести следующие характеристики осознанной регуляции поведения:

- низкий уровень моделирования условий достижения целей, обусловленный предпочтением пассивных видов деятельности;
- недостаточную гибкость, связанную с повышенной чувствительностью к негативным аспектам ситуаций, и преобладанием развлекательной мотивации поведения;
- влияние различных аспектов агрессивности на снижение возможности планирования и коррекции целенаправленной деятельности;
- низкий уровень личностной тревожности;
- невысокие показатели коммуникативной пластичности, отражающие низкую вариативность поведенческих паттернов в ходе социального взаимодействия.

Представленный диагностический подход, состоящий из трех взаимодействующих векторов исследования (оценки гармоничности/дисгармоничности профиля саморегуляции, выявления достаточности/недостаточности структурированности индивидуальных особенностей, и выделения специфических устойчивых взаимосвязей между индивидуально-типологическими особенностями и саморегуляцией), обладает преимуществом перед другими методами прогнозирования нарушений поведения, связанных с криминализацией. Результаты исследования показывают, что комплексный анализ позволяет выделять лиц без грубой психиче-

ской патологии, имеющих тенденцию к декомпенсации регуляторных функций, вследствие которой повышается риск совершения неагрессивных правонарушений.

### Литература

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М. : Медицина, 1975. – 447 с.
2. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М. : Наука, 1990. – 495 с.
3. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. – М. : Пер сз, 2001. – 511 с.
4. Булыгина В.Г. Диагностика и коррекция расстройств поведения и агрессивных форм реагирования у несовершеннолетних с органическими психическими расстройствами, совершивших общественно-опасные деяния // Агрессия и психические расстройства / Макушкин Е.В. [и др.]. – М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2006. – Т. 2. – С. 149–179
5. Дикая Л.Г. Системно-деятельностная концепция саморегуляции психофизиологического состояния человека // Психологические основы профессиональной деятельности: хрестоматия. – М. : Пер сз : Логос, 2007. – С. 448–452.
6. Ковалева М.Е., Булыгина В.Г. Психофизиологические особенности регуляции эмоциональных реакций у специалистов опасных профессий // Психология и право. – 2017. – № 1. – С. 53–67.
7. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопр. психологии. – 1995. – № 1. – С. 5–12.
8. Кудрявцев И.А., Ратинова Н.А. Криминальная агрессия (экспертная типология и судебно-психологическая оценка). – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2000. – 192 с.
9. Мажирина К.Г., Джафарова О.А., Фрезе В.Р. Типологизация профилей индивидуальной динамики саморегуляции при помощи технологии компьютерного игрового биоуправления // Бюл. сиб. медицины. – 2010. – № 2. – С. 119–125.
10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб. : Речь, 2005. – 445 с.
11. Моросанова В.И., Коноз Е.М. Стилевая саморегуляция поведения человека // Вопр. психологии. – 2000. – № 2. – С. 118–127.
12. Carver C.S., Scheier M.F. On the self-regulation of behavior. – New York : Cambridge University Press, 1998. – 460 p.

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

Поступила 25.07.2017 г.

**Для цитирования:** Дубинский А.А., Лысенко Н.Е., Ковалева М.Е. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и параметров саморегу-

**THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL CHARACTERISTICS  
OF SELF-REGULATION AND TEMPERAMENT TRAITS IN CRIMINALS WITH  
NON-AGGRESSIVE DELICTS**

**Dubinsky A.A., Lysenko N.E., Kovalyeva M.E.**

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry  
and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, Russia)

✉Aleksandr Aleksandrovich Dubinsky – Junior Researcher, the Laboratory of the Psychological Problems of Forensic Psychiatry Prevention, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Nadezhda Evgen'evna Lysenko – Researcher, the Laboratory of the psychohygiene and psychoprevention, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: nlistenko@yandex.ru;

Mariya Evgen'evna Kovaleva – Junior Researcher, the Laboratory of the psychohygiene and psychoprevention, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: kovaleva\_me@inbox.ru

**Abstract.** The purpose of the article was the determination of relationships between self-regulation parameters and temperamental characteristics in non-aggressive criminals. In V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Moscow) 31 non-aggressive male criminals considered legally sane were examined. The comparison group included 49 men with normal behavior. The individual – typological characteristics and self-regulation components with the complex of questionnaires of were studied. A specific structure of individual-typological features and the style of conscious self-regulation of behavior which can predict the criminal desadaptation was identified. Men with non-aggressive crimes showed the weak connections between units of self-regulatory process and psychobiological characteristics of temperament. It is assumed to expand the procedure of psychiatric – psychological expertise with temperament estimation to increase the effectiveness of diagnostics and prevention of crime desadaptation.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, legal psychology, self-regulation, individual traits, crime, criminal personality.

## References

1. Anokhin P.K. Ocherki po fiziologii funktsional'nykh system [Essays on physiology of functional systems]. Moskva. 1975. 447 p. (In Russ.)
2. Bernshtein N.A. Fiziologiya dvizhenii i aktivnost' [Physiology of movements and activity]. Moskva. 1990. 495 p. (In Russ.)
3. Bodrov V.A. Psikhologiya professional'noi prigodnosti [The psychology of professional suitability]. Moskva. 2001. 511 p. (In Russ.)
4. Bulygina V.G. Diagnostika i korrektsiya rasstroistv povedeniya i agressivnykh form reagirovaniya u nesovershennoletnikh s organicheskimi psikhicheskimi rasstroistvami, sovershivshikh obshchestvenno-opasnye deyaniya [Diagnosis and correction of disorders of behavior and aggressive responses from minors with organic mental disorders who have committed socially-dangerous acts]. Agressiya i psikhicheskie rasstroistva [Aggression and mental disorders]. E.V. Makushkin [et al.]. Moskva. 2006. Vol. 2. Pp. 149–179/ (In Russ.)
5. Dikaya L.G. Sistemno-deyatelnostnaya kontseptsiya samoregulyatsii psikhofiziologicheskogo sostoyaniya cheloveka [The system-activity concept of self-regulation of psychophysiological state of a person]. Psikhologicheskie osnovy professional'noi deyatelnosti [Psychological bases of professional activity]. Moskva. 2007. Pp. 448–452. (In Russ.)
6. Kovaleva M.E., Bulygina V.G. Psikhofiziologicheskie osobennosti regulatsii emotsional'nykh reaktivnykh i spetsialistov opasnykh professii [Psychophysiological peculiarities of regulation of emotional reactions in specialists of hazardous occupations]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law]. 2017. N 1. Pp. 53–67. (In Russ.)
7. Konopkin O.A. Psikhicheskaya samoregulyatsiya proizvodnoi aktivnosti cheloveka (strukturno-funktsional'nyi aspekt) [Criminal aggression (expert typology and forensic psychological assessment)]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1995. N 1. Pp. 5–12. (In Russ.)
8. Kudryavtsev I.A., Ratinova N.A. Kriminal'naya agressiya (ekspertnaya tipologiya i sudebno-psikhologicheskaya otsenka) [Criminal aggression (expert typology and forensic psychological assessment)]. Moskva. 2000. 192 p. (In Russ.)
9. Mazhirina K.G., Dzhafarova O.A., Freze V.R. Tipologizatsiya profili individual'noi dinamiki samoregulyatsii pri pomoshchi tekhnologii komp'yuternogo igrovogo bioupravleniya [The typology of the profiles of the individual dynamics of self-regulation with the help of technology of computer game biofeedback]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of siberian medicine]. 2010. N 2. Pp. 119–125. (In Russ.)
10. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. Sankt-Peterburg. 2005. 445 p. (In Russ.)
11. Morosanova V.I., Konoz E.M. Stilevaya samoregulyatsiya povedeniya cheloveka [Stylistic self-regulation of human behavior]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2000. N 2. Pp. 118–127. (In Russ.)
12. Carver C.S., Scheier M.F. On the self-regulation of behavior. New York : Cambridge University Press. 1998. 460 p.

Received 14.08.2017

**For citing:** Dubinskii A.A., Lysenko N.E., Kovaleva M.E. Vzaimosvyaz' individual'no-tipologicheskikh osobennostei i parametrov samoregulyatsii u lits, sovershivshikh neagressivnye pravonarusheniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 125–139. **(In Russ.)**

Dubinsky A.A., Lysenko N.E., Kovalyeva M.E. The relationship between individual characteristics of self-regulation and temperament traits in criminals with non-aggressive delicts. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 125–139.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

**Уважаемые коллеги!**

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikirina@mail.ru](mailto:rvikirina@mail.ru))

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: [9334616@mail.ru](mailto:9334616@mail.ru))

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 20.09.2017. Печать – ризография.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 1000 экз.  
Объем 8,88 п. л. Заказ 15417.