

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 73 (78)**

**Санкт-Петербург  
2020**

## **Редакционная коллегия**

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

## **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

**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 73 (78)**

St. Petersburg  
2020

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

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

## **BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

## **СОДЕРЖАНИЕ**

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

<b>Загорная Е.В., Вьюшкова С.С., Капитанаки В.Е.</b>	
Телесно-ориентированная терапия в коррекции эмоционально-волевой сферы детей с задержкой психического развития .....	7
<b>Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Соловьев М.В., Дударенко С.В., Леонтьев О.В.</b>	
Применение тренингов биологической обратной связи у больных гипертонической болезнью с расстройствами тревожно-депрессивного спектра .....	17
<b>Исагулова Е.Ю.</b>	
Автоагрессивное поведение у подростков и его коррекция методомialectической поведенческой терапии .....	31

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОДИАГНОСТИКА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА**

<b>Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С.</b>	
Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик больных с различными стадиями гипертонической болезни .....	46
<b>Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Санников М.В., Савельева М.В.</b>	
Качество жизни и смысложизненные ориентации у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде .....	59
<b>Григорьева А.А.</b>	
Экзистенциальные основы суициального и самоповреждающего поведения подростков .....	67
<b>Горячева Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Санников М.В.</b>	
Многомерная оценка психологических детерминант профессионального долголетия у спасателей МЧС России Арктического региона .....	77
<b>Защирина О.В., Турчинов Е.Е.</b>	
Теоретический обзор научных работ по изучению психологических защит при нормальном и нарушенном интеллекте .....	87
<b>Костов Ф.Ф., Родичкин П.В., Бузник Г.В., Лымаренко В.М., Яковлев Е.В.</b>	
Методика профилактики донозологических проявлений реактивной астении у спортсменов .....	100
<b>Дубинская А.Д., Кукшина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А.</b>	
Взаимосвязь между психологическим статусом и тонической активностью лицевых мышц у практически здоровых женщин .....	110
<b>Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н.</b>	
Суицидальное поведение в подростковом возрасте: проблема и факторы формирования .....	127
<b>Информация о журнале .....</b>	141

## CONTENTS

### **MEDICAL PSYCHOLOGY: PSYCHOLOGICAL CORRECTION**

<b>Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E.</b>	
Body-oriented therapy in the correction of the emotional and volitional sphere of children with mental retardation .....	7
<b>Gordiyenko A.V., Sorokin N.V., Solovev M.V., Dudarenko S.V., Leontev O.V.</b>	
Application of trainings of biological feedback for patients with the hypertension from frustration of the disturbing and depressive range .....	17
<b>Isagulova E.Yu.</b>	
Auto-aggressive behavior in teenagers and its correction by the method of dia- lectic behavioral therapy .....	31

### **MEDICAL PSYCHOLOGY: PSYCHODIAGNOSTICS, PSYCHOPROPHYLAXIS**

<b>Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S.</b>	
Factor analysis of individual psychological characteristics of patients at different stages of hypertension .....	46
<b>Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Sannikov M.V., Savelyeva M.V.</b>	
The quality of life and meaningful life orientations in liquidators of the conse- quences of the Chernobyl accident in the distant period .....	59
<b>Grigorieva A.A.</b>	
Existential foundations of suicidal and self-harming behavior of adolescents .....	67
<b>Goryacheva E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Sannikov M.V.</b>	
A multidimensional assessment of the psychological determinants of profes- sional longevity among rescuers of EMERCOM of Russia in the Arctic region ..	77
<b>Zashchirinskaia O.V., Turchaninov E.E.</b>	
Theoretical review of scientific works on the study of psychological protections with normal and disturbed intelligence .....	87
<b>Kostov F.F., Rodichkin P.V., Buznik G.V., Lymarenko V.M., Yakovlev E.V.</b>	
Method of prevention of donosologous manifestations of reactive astenia in ath- letes .....	100
<b>Dubinskaya A.D., Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A.</b>	
The correlation between psychological status and tonic activity of facial muscles in healthy women .....	110
<b>Isagulova E.Yu., Alyohin A.N.</b>	
Suicidal behavior in adolescence: a problem and factors of formation .....	127
Information about the Journal.....	141

# **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

УДК 615.851 : 159.9

**Е.В. Загорная, С.С. Вьюшкова, В.Е. Капитанаки**

## **ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Ленинградский государственный областной университет им. А.С. Пушкина  
(Россия, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10)

Представлены результаты психологической коррекции эмоционально-волевой сферы младших школьников с ЗПР в рамках телесно-ориентированной терапии. Полученные эмпирические данные свидетельствуют о том, что курсовая телесно-ориентированная терапия создает предпосылки для достижения глубокого и стабильного улучшения физического и психического состояния детей с ЗПР, приводит к снижению уровня эмоциональной и психомоторной возбудимости, что, в свою очередь, отражается на продуктивности когнитивных функций и нормализации поведения.

**Ключевые слова:** клиническая (медицинская) psychology, психотерапия, телесно-ориентированная терапия, психофизиология, эмоционально-волевая сфера, задержка психического развития.

### **Введение**

На современном этапе большое внимание уделяется вопросу полноценного развития подрастающего поколения, о чем свидетельствует создание и реализация федеральных стандартов на всех уровнях образования. Особую значимость в решении данного вопроса приобретает проблема де-

---

✉ Загорная Елена Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Вьюшкова Светлана Сергеевна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Капитанаки Вероника Евгеньевна – ст. препод. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com.

тей с задержкой психического развития (ЗПР), которая на сегодняшний день обретает глобальный масштаб в силу неуклонного роста по всему миру количества таких детей. По данным Минобрнауки России, у каждого шестого ребенка на этапе его поступления в школу обнаруживается отставание в развитии в той или иной степени выраженности [<https://www.gks.ru/folder/13721>]. В этой связи проблема своевременного выявления подобных нарушений и эффективных методов их коррекции является как никогда актуальной.

Вместе с тем следует отметить, что с введением в действие в 1997 г. Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) медицинский диагноз, как и само понятие «задержка психического развития», было выведено из клинического употребления. Категория «ЗПР» в данном классификаторе представлена в двух направлениях: «Расстройства психологического (психического) развития» (F80–F89) и «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90–F98). Сегодня формулировка «задержка психического развития» не может использоваться в качестве медицинского диагноза, однако само понятие широко применяется в психологопедагогической практике [2].

Согласно Л.С. Выготскому, задержка темпа психического развития, прежде всего, проявляется в нарушении формирования эмоционально-волевой сферы, которая в свою очередь обеспечивает развитие высших психических функций. Иными словами когнитивное и аффективное развитие происходит в тесной взаимосвязи.

Эмоционально-волевая сфера выполняет функцию психологической регуляции и контроля любой деятельности, обуславливает эффективность адаптации и жизнедеятельности человека. Эмоции как центральное звено в общей системе адаптационных процессов определяют взаимодействие с окружающей средой, волевые процессы обеспечивают контроль человека своего состояния и поведения в ходе реализации любого вида деятельности. Вследствие этого фокус научного внимания должен быть сосредоточен на изучении механизмов формирования эмоционально-волевой сферы, а младший школьный возраст в контексте данной проблемы определяет вектор научного исследования, так как именно этот возрастной период связан с развитием волевой регуляции познавательной деятельности.

К концу младшего школьного возраста нормальное развитие эмоционально-волевой сферы проявляется в сформированности направленного и устойчивого наблюдения, целенаправленности мыслительной дея-

тельности, преобладании произвольности волевой регуляции всех психических процессов.

В силу того, что психические процессы к началу обучения в школе носят непроизвольный характер для большинства старших дошкольников и первоклассников характерна повышенная эмоциональная возбудимость, отвлекаемость и неустойчивость внимания. Непроизвольность познавательных процессов в этом возрасте обусловлена недостаточной сформированностью функционально-иерархической структуры межнейронных связей в коре головного мозга. Наряду с этим у детей с задержкой психического развития отмечается нарушения еще и в работе ретикулярной формации ствола мозга, лимбической системы, диэнцефальных и медиобазальных отделов, лобных и височных долей, то есть в работе 1-го и 3-го блоков мозга (по А.Р. Лурии). Результат таких нарушений – дисбаланс нервных процессов и эмоциональной нестабильности. Все это не позволяет детям с ЗПР адекватно реагировать на внешние стимулы, осуществлять целенаправленную деятельность, контролировать свои эмоции, что в свою очередь неблагоприятно отражается на социальной адаптации и продуктивности познавательной деятельности [4].

Основоположник телесно-ориентированного подхода в психотерапии В. Райх обнаружил связь между эмоциональным состоянием человека и его телесным отражением в мышцах. Ученый полагал, что если эмоции действуют на тело, то и через тело можно подействовать на эмоциональное состояние, то есть можно установить обратную связь. Сегодня телесно-ориентированная терапия широко применяется в коррекционной работе эмоциональной сферы детей с различными психическими нарушениями. Ее отличие от всех других заключается в том, что коррекционное воздействие на психику ребенка осуществляется посредством процедур телесного контакта. Телесно-ориентированная терапия позволяет снять накопленное напряжение, научить детей лучше понимать свое тело, свои эмоции, овладеть навыками первичного самоконтроля.

*Целью исследования являлось изучение эффективности методов телесно-ориентированной терапии в коррекции эмоционально-волевой сферы детей с задержкой психического развития. В гипотезе предполагалось, что использование курса телесно-ориентированной терапии в коррекционно-развивающей работе позволяет снизить уровень психомоторного возбуждения и повысить уровень эмоционально-волевой регуляции детей с задержкой психического развития, а следовательно, улучшить показатели психомоторики и продуктивности внимания.*

## **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 60 младших школьников с задержкой психического развития различного генеза в возрасте от 9 до 11 лет (37 мальчиков и 23 девочки). Для определения показателей динамики психофизического состояния детей использовали методики:

– «Экспресс-диагностика свойств нервной системы по психомоторным показателям» Е.П. Ильина (теппинг-тест). Данный тест был использован с целью определения психомоторных показателей и силы нервной системы, т. е. способности психики выдерживать длительное напряжение;

– «Корректурная проба» Тулуз–Пьерона. При помощи данной методики оценивался тем психической деятельности и концентрация внимания;

– тест Пьера–Рузера «Проставь значки». При выполнении заданий детям предлагали одновременно проставлять два разных знака в двух указанных геометрических фигурах, это позволяло изучать продуктивность внимания в условиях его переключения и распределения, а создание в процессе выполнения задания посторонних шумов позволило судить о нервно-психической устойчивости испытуемых.

На начальном этапе исследования был проведён сбор и анализ анамнестических данных. На втором этапе проводилось контрольное психодиагностическое исследование. Третий этап заключался в проведении 3 психокоррекционных занятий в 6 группах по 10 человек с применением методов телесно-ориентированной терапии. Занятия проводились 1-2 раза в неделю по 30–40 минут. Подбор техник телесно-ориентированной терапии осуществляли на основе программы, разработанной И.В. Ганичевой, «Телесно-ориентированные подходы к психокоррекционной развивающей работе с детьми» [1].

Каждое занятие с детьми начинали с разминки-приветствия, целью которой являлась настройка детей на дальнейшую работу, установление эмоционально-позитивного контакта психолога с каждым ребенком и формирования у него направленности на свои ощущения. Все задания проводили в игровой форме, а потому дети с активностью и интересом включались в работу. В процессе выполнения телесно-ориентированных психотехник детям предлагали идентифицировать и озвучить свои эмоции, чувства и ощущения. Это позволяло диагностировать эмоциональное состояние и корректировать нагрузку. Наряду с этим комплекс упражнений, направленных на коррекцию эмоциональной сферы, имел свои целевые ориентиры, а именно – повышение чувствительности своего тела и понимание своих ощущений, улучшение самочувствия, понимание своего эмо-

ционального состояния и эмоций других детей, развитие коммуникативных навыков посредством использования образов и моделирования эмоций, создание положительного эмоционального настроя, формирование навыков саморегуляции.

В конце каждого занятия подводили итоги, детям предлагали рассказать о том, какие упражнения им больше всего понравились, а какие им было трудно выполнять и почему. Затем психолог проводил ритуал прощания. Все дети вставали в круг и передавали в ладонь рядом стоящему участнику группы свое хорошее настроение, улыбаясь и радуясь.

Тематический план практических занятий в рамках телесно-ориентированной терапии представлен в таблице 1.

Таблица 1  
Тематический план психокоррекционных занятий

Тема	Цель	Содержание	Длительность (мин)
Вводное занятие	Знакомство с группой; снятие эмоционального напряжения, изучение психомоторного развития детей, создание позитивного настроя	Приветствие. Упражнения: «Черепаха», «Задувание свечи», «Хлопки». Прощание	30–40
Знакомство с телом	Ознакомление детей со структурой тела, ориентирование в схеме тела, создание позитивного отношения к собственному телу и развитие способности осознанно управлять им	Приветствие. Упражнения: «Росток», «Потянулись – сломались», «Контакт с полом». Прощание	30–40
Коррекция эмоциональной сферы	Ознакомление с различными эмоциями; дифференциация собственных чувств и эмоций, а также чувств окружающих; формирование навыков продуктивной коммуникации и саморегуляции	Приветствие. Упражнения: «Различные чувства», «Изображаем Кирюшу и Антошу», «Шарики», «Злость пришла и ушла». Прощание	30–40

На 4-м этапе осуществили итоговую диагностику психофизического состояния и психических процессов испытуемых, анализировали эффективность занятий, а также провели статистическую обработку и интерпретацию полученных данных.

## **Результаты и их анализ**

Результаты исследования по теппинг-тесту показали, что у 33 (55 %) детей с ЗПР выявлен слабый тип нервной системы. Их психомоторный темп снижается уже со второго 5-секундного интервала и остается на таком уровне в течение всего процесса работы. Эти дети не в состоянии выдерживать монотонное и длительное напряжение, а потому их работоспособность очень низкая. У 14 (23,3 %) детей выявлена среднеслабая нервная система, которая дает возможность несколько дольше выдерживать монотонное напряжение, тем не менее продуктивность психической деятельности также низка. У 6 (10 %) детей по результатам теста установлен тип нервной системы средней силы, а у 8 детей (13,3 %) – сильный тип нервной системы при относительно высокой продуктивности. В данном случае следует говорить об относительно высоких показателях в рамках общей оценки выборки испытуемых, однако выявленные показатели, даже самые высокие, являются значимо низкими по отношению к норме.

Полученные результаты подтвердили положение о том, что детям с ЗПР характерны нестабильность психических процессов, выраженные изменения темпа деятельности и быстро нарастающее нервное истощение. В процессе выполнения задания у детей наблюдалось повышенное двигательное беспокойство, неусидчивость и чрезмерная аффективность. У некоторых детей отмечалось недоразвитие произвольных движений, проявляющееся в нарушении их целенаправленности и скоординированности в сочетании с легкой переключаемостью с одного движения на другое.

В конце выполняемой работы у всех обследуемых была отмечена легкая соматическая симптоматика: снижение активности, вялость, пассивность, капризность.

Результаты сравнительного анализа достоверности различий среднегрупповых показателей методики «Корректурная проба» Тулуз–Пьерона, полученных до и после проведения психокоррекционных занятий, представлены в таблице 2.

Как можно видеть из таблицы, после проведенных курсов психокоррекционных занятий телесно-ориентированной терапии показатели темпа выполнения задания, равно как и показатели концентрации внимания, статистически значимо улучшились.

Полученные данные свидетельствуют о том, что техники телесно-ориентированной терапии позволяют стабилизировать нервные процессы и повысить качество познавательной деятельности у детей с ЗПР. В процессе выполнения задания у 52 (87 %) детей отмечалась относительная эмоци-

нальная стабильность, усидчивость, заинтересованность в качественном выполнении задания. Даже при специально спровоцированном воздействии посторонних раздражителей наблюдалось повышение нервно-психической устойчивости и общей продуктивности внимания в каждой группе испытуемых.

Таблица 2  
Показатели по методике «Корректурная проба» Тулуз–Пьера

Шкала	Этапы диагностики	Процентили			$p <$
		25-я	50-я	75-я	
Темп выполнения задания	до	30,00	36,70	46,35	0,000
	после	58,60	30,90	36,70	
Концентрация внимания	до	0,902	0,940	0,960	0,018
	после	0,910	0,940	0,960	

Вместе с тем у 8 (13 %) испытуемых по-прежнему отмечались ориентировочная реакция, аффективное возбуждение, повышенная двигательная активность и легкая соматическая симптоматика после завершения задания. В основном это были дети с ЗПР церебрально-органического генеза. В процессе выполнения задания у этих детей обнаруживалось не только нарушение внимания и целенаправленности мышления, но и перцептивных операций, что свидетельствует о более грубом недоразвитии межнейронных связей корковых структур. Недостаточность иерархических связей между отдельными корковыми и подкорковыми структурами вследствие органического поражения мозга обуславливает нарушение нейродинамики и детерминирует рассогласованность познавательной деятельности в целом, а потому коррекционная работа с такой категорией детей, в том числе и в рамках телесно-ориентированной терапии, требует увеличения количества занятий и более глубокой проработки.

Результаты анализа достоверности различий средне-групповых показателей методики «Корректурная проба» Пьера–Рузера, полученных до и после проведения коррекционных занятий, представлены в таблице 3.

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что после применения телесно-ориентированной терапии показатели переключения и распределения внимания у детей с ЗПР также статистически значимо улучшились.

Таблица 3  
Показатели по методике «Корректурная проба» Пьерона–Рузера

Шкала	Этапы диагностики	Процентили			$p <$
		25-я	50-я	75-я	
Переключение и распределение внимания	до	0,400	0,510	0,607	0,021
	после	0,400	0,520	0,620	

В процессе выполнения задания 51 (85 %) испытуемый продемонстрировал относительную эмоциональную и нервно-психическую устойчивость, не выражая ярко аффективной реакции на внешние раздражители (стук, громкая музыка). Полученный результат также подтверждает описанные выше выводы о том, что методы телесно-ориентированной терапии благоприятно влияют на развитие эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР, что отражается в первую очередь на показателях общей продуктивности внимания и нервно-психической устойчивости в условиях дополнительного воздействия сторонних раздражителей в процессе познавательной деятельности.

### **Заключение**

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что методы телесно-ориентированной терапии в психокоррекционной работе с детьми, имеющими задержку психологического развития, оказывают благоприятное воздействие на развитие их эмоционально-волевой сферы, сформированность которой отражается в целенаправленности мыслительной деятельности, произвольности внимания и волевой регуляции всех психических процессов, что в целом является необходимым условием для успешного и гармоничного личностного развития таких детей.

Вместе с тем следует отметить, что полученные результаты проведенного исследования подчеркивают необходимость дополнительного исследования детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Эти дети отличаются яркой выраженностью и стойкостью нарушений эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности. Для такой категории детей методы телесно-ориентированной терапии должны стать частью постоянного коррекционного сопровождения образовательного процесса. Следовательно, требуется специальная подготовка специалистов коррекционного направления, позволяющая освоить и эффективно применять на практике навыки телесно-ориентированной терапии.

## **Литература**

1. Ганичева И.В. Телесно-ориентированные подходы к психокоррекционной и развивающей работе с детьми (5–7 лет). – М. : Книголюб, 2008. – 136 с.
2. Загорная Е.В. Игровая психотерапия в работе с детьми с ЗПР //XXIII Царскосельские чтения: материалы междунар. науч. конф. 23–24 апр. 2019 г. / отв. ред. А. А. Беляева. – СПб. : ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2019. – Т. II. – С. 159–162.
3. Калина В.И., Мигунова Т.В. Возможности применения телесно-ориентированных подходов в работе педагога ДОУ по развитию эмоциональной сферы у дошкольников с задержкой психического развития // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – Т. 2, № 24. – С. 77–81.
4. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб. : Речь, 2006. – 400 с.
5. Тельминова Е.И., Мичурин Ю.А. Использование телесно-ориентированной терапии в коррекционно-развивающей работе с дошкольниками с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Студенческий научный форум-2015: материалы VII междунар. студенческой науч. конф. – 2015. – URL: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015009699>.

Поступила 22.01.2020

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

**Для цитирования.** Загорная Е.В., Вышкова С.С., Капитанаки В.Е. Телесно-ориентированная терапия в коррекции эмоционально-волевой сферы детей с задержкой психического развития // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 7–17.

---

### **BODY-ORIENTED THERAPY IN CORRECTION OF EMOTIONAL AND VOLITIONAL SPHERE OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION**

Pushkin State Leningrad University  
(Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, Russia)

✉ Elena Vladimirovna Zagornaya – PhD Psychol. Sci., Docent of the sub-department of psychophysiology and clinical psychology Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: [eversmilea@gmail.com](mailto:eversmilea@gmail.com);

Svetlana Sergeevna Vyushkova – PhD Psychol. Sci., Docent of the sub-department of psychophysiology and clinical psychology Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: [eversmilea@gmail.com](mailto:eversmilea@gmail.com);

Veronica Evgenievna Kapitanaki – PhD Student, Senior Lecturer of the sub-department of psychophysiology and clinical psychology Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: eversmilea@gmail.com.

**Abstract.** The article presents the results of psycho-correctional of emotional and volitional sphere of children with mental retardation within the approach of body-oriented therapy. The empirical data suggest that the course of body-oriented therapy creates prerequisites for achieving a deep and stable improvement of the physical and mental condition of children with mental retardation. This therapy leads to a decrease in the level of emotional and psychomotor excitability, which in turn affects the productivity of cognitive functions and normalization of behavior.

**Key words:** clinical (medical) psychology, psychotherapy, body-oriented therapy, psychophysiology, emotional-volitional sphere, mental retardation,

### References

1. Ganicheva I.V. Telesno-orientirovannye podkhody k psikhokorrektionsionnoi i razvivayushchei rabote s det'mi (5–7 let) [Body-oriented approaches to psychocorrective and developmental work with children (5-7 years)]. Moskva. 2008. 136 p. (In Russ.)
2. Zagornaya E.V. Igrovaya psihoterapiya v rabote c det'mi s ZPR [Game psychotherapy in working with children with mental retardation]. *XXIII Carskosel'skie chteniya* [XXIII Tsarskoye Selo readings]. Sankt-Peterburg. 2019. Vol. 2. Pp. 159–162. (In Russ.)
3. Kalina V.I., Migunova T.V. Vozmozhnosti primeneniya telesno-orientirovannykh podkhodov v rabote pedagoga DOU po razvitiyu emotSIONAL'NOI sfery u doshkol'nikov s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Possibilities of using body-oriented approaches in the work of a preschool teacher to develop the emotional sphere in preschoolers with mental retardation]. *Psikhologiya i pedagogika: metodika i problemy prakticheskogo primeneniya* [Psychology and pedagogy: methods and problems of practical application]. 2012. Vol. 2, N 24. P. 77–81. (In Russ.)
4. Mamaichuk I. I. Psikhokorrektionsionnye tekhnologii dlya detei s proble-mami v razvitii [Psychocorrection technologies for children with developmental problems]. Sankt-Peterburg. 2006. 400 p. (In Russ.)
5. Tel'minova E.I., Michurina Yu.A. Ispol'zovanie telesno-orientirovannoi terapii v korrektsionno-razvivayushchei rabote s doshkol'nikami s sin-dromom deficit-sita vnimaniya i giperaktivnost'yu [Use of body-oriented therapy in correctional and developmental work with preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder]. *Studencheskii nauchnyi forum-2015*: [Student scientific forum - 2015]. Moskva. 2015. URL: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015009699>. (In Russ.)

Received 22.01.2020

**For citing.** Zagornaya E.V., V'yushkova S.S., Kapitanaki V.E. Telesno-orientirovannaya terapiya v korrekciu emocional'no-volevoj sfery detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 7–17. (In Russ.)

Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E. Body-oriented therapy in the correction of the emotional and volitional sphere of children with mental retardation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 7–17.

УДК 616.12-008.331.1 : 616.89-008.454

**Гордиенко А.В.<sup>1</sup>, Сорокин Н.В.<sup>1</sup>,  
Соловьев М.В.<sup>1</sup>, Дударенко С.В.<sup>2</sup>,  
Леонтьев О.В.<sup>2</sup>**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕНИНГОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА**

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

<sup>2</sup> Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины

им. А.М. Никифорова МЧС России

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

В работе представлен анализ результатов воздействия тренингов биологической обратной связи на течение гипертонической болезни у лиц с сопутствующими расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Установлено, что у таких больных отмечается изменение биохимических маркеров тревоги и депрессии, выявлена тенденция к повышению уровня кортизола, снижению мозгового нейротрофического фактора и сульфанированной формы дегидроэпиандро-

---

Гордиенко Александр Волеславович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gordii@gmail.com;

✉ Сорокин Николай Васильевич – канд. мед. наук, преподаватель каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Соловьев Михаил Васильевич – канд. мед. наук, преподаватель каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: mvsol@mail.ru;

Дударенко Сергей Владимирович – д-р мед. наук, доцент, проф. каф. терапии и интегративной медицины, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: svd2212@mail.ru;

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

стерона. Выявлена взаимосвязь между выраженностью тревоги и депрессии и уровнями кортизола, мозгового нейротрофического фактора и сульфанированной формой дегидроэпиандростерона крови. Установлено, что тренинги биологической обратной связи эффективны при коррекции тревоги и депрессии. Тренинги биологической обратной связи можно рекомендовать больным гипертонической болезнью I-II стадий для коррекции сопутствующих тревоги и депрессии и в случае отказа пациента от терапии анксиолитиками и антидепрессантами.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, тревога, депрессия, тренинги биологической обратной связи, мозговой нейротрофический фактор, кортизол, пролактин.

## Введение

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении, гипертоническая болезнь (ГБ) по-прежнему остается заболеванием, определяющим не только инвалидизацию, но и высокую смертность лиц трудоспособного возраста. В современной клинической практике прогноз развития заболевания у больных с артериальной гипертензией (АГ) зависит от степени повышения артериального давления (АД), поражения органов-мишеней, механизмов АГ и наличия сопутствующих заболеваний [10]. Известна роль тревоги и депрессии в развитии АГ. Имеются данные о том, что тревожно-депрессивные расстройства (ТДР), выявляемые в 55–70 % случаев у больных ГБ, способны оказывать негативное влияние на такие характеристики ГБ, как уровень АД и частоту возникновения гипертонических кризов [1, 5, 15].

Теоретические представления о патогенезе депрессивных расстройств в последнее время претерпевают значительные изменения в связи с интенсивным развитием ультрамикроскопических, нейрофизиологических, нейрогистохимических и молекулярно-генетических методик исследования структурно-функциональных особенностей головного мозга. В настоящее время наибольшее признание имеет так называемаяmonoаминная гипотеза патогенеза депрессии. Она сводится к тому, что при депрессии имеется дефицит в головном мозге норадреналина и (или) серотонина [2, 6, 10, 12, 13]. Как известно, норадреналин и серотонин выполняют роль медиаторов в центральной нервной системе и, что особенно важно, в тех отделах мозга, которые участвуют в формировании эмоций, инстинктивного поведения, побуждений, а также вегетативной и нейроэндокринной регуляции. Выявлено также, что мозговой нейротрофический фактор (brain-derived neurotrophic factor – BDNF) принимает участие в формировании аффективных расстройств. Также важна его роль в росте нервных клеток, формировании новых синапсов и их модификации путем стимулирования

генов, вовлеченных в регуляцию уровня серотонина [11, 15]. Кроме того, наблюдаются определенные особенности биохимического состояния крови у больных ГБ с сопутствующими ТДР. Указанные выше изменения биохимического статуса отображают истощение нейропротекторных факторов и усиление роли стрессорных гормонов, например кортизола. M. Ritsner с соавт. показали, что в случае успешной терапии депрессии, соотношение ДГЭА/кортизол увеличивается [14].

В настоящее время является актуальной проблема немедикаментозного лечения тревоги и депрессии. Значение данной проблемы обусловлено рядом факторов: высокая цена препаратов при большой длительности их приема, побочные эффекты лекарственных средств, наличие противопоказаний к их приему. С 50-х годов прошлого века разрабатывается так называемая методика биологической обратной связи (БОС). Процедура БОС заключается в постоянном мониторинге в реальном времени конкретных физиологических показателей и в осознанном управлении этими показателями с помощью игровых, мультимедийных и других приемов в определенной области значений [3].

Обучение при помощи БОС-метода позволяет произвольно увеличивать температуру на кончиках пальцев и приводит к снижению симпатикотонии и предотвращению спазма сосудов периферии. В связи с этим показаниями к прохождению пациентами БОС-процедур, наряду с другой патологией, являются непосредственно ГБ и ТДР. Современные компьютерные системы автоматизации БОС, позволяют в качестве параметра управления использовать число сердечных сокращений, дыхательных движений, уровень артериального давления, скорость распространения пульсовой волны. Существуют аппараты для регистрации одного и одновременно нескольких физиологических характеристик. Отдельные исследователи считают [6], что более эффективна полипараметрическая БОС. Для ее проведения разработаны программно-аппаратные комплексы на базе персонального компьютера. Разработаны компьютерные программы, позволяющие обучаться саморегуляции в процессе интересной игры. Прибор, помимо представления информации, является вспомогательным средством установления терапевтических отношений. И именно эти отношения помогают пациенту развиться, изменить свое поведение [4, 6, 7, 8, 9]. В этой связи становится актуальным исследование, позволяющее изучить вклад ТДР как независимого фактора в течение гипертонической болезни. Практический интерес представляет определение влияния БОС как немедикаментозного вида лечения на течение ГБ у пациентов с ТДР.

**Цель работы** – выявить влияние проведение тренингов биологической обратной связи у больных ГБ на динамику выраженности сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств при медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

### **Материалы и методы**

Работа выполнена по результатам исследований, проведенных на базе клиники госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и I Военно-морского клинического госпиталя в период с 2016 по 2019 г.

Для отбора пациентов, подходящих по критериям включения, изучалась медицинская архивная документация за период 2012–2015 г. Всего было проанализировано 143 истории болезней лиц с АГ (степень повышения АД установлена в соответствие с рекомендациями экспертов ESH/ESC, 2007). У данных пациентов по итогам исследования на основании соответствующих стандартизованных шкалах и консультации психиатра производилась верификация расстройств тревожно-депрессивного спектра. Средний возраст больных составил  $42 \pm 3,2$  года. Из всех обследованных пациентов были сформированы 2 группы в зависимости от того, были или не были выявлены ТДР. Группы были сопоставимы по возрасту и полу (табл. 1).

Таблица 1  
Характеристика исследованных больных

Группа	Количество человек, n	Возраст, лет	Мужчины, %	Женщины, %
Группа тренингов БОС	12	$42,4 \pm 2,78$	58	42
Группа медикаментозной коррекции	19	$36,7 \pm 5,32$	52	48
Группа сравнения	59	$33,1 \pm 3,71$	63	37

Для оценки биохимического статуса пациентов определяли: пролактин, ДГЭА-С, кортизол (утренний и вечерний), BDNF. Исследования проводились в лаборатории Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова. Определение уровня гормонов в крови (кортизол, ДГЭА-С, пролактина), а также BDNF проводилось с использованием прямого конкурентного иммуноферментного анализа и соответствующих тест-систем BDNF (R&DSystem). Кровь на биохимическое

исследование забиралась в 8 ч утра. Образец крови на вечерний кортизол забирался в 20 ч вечера.

Для качественной и количественной оценки уровней тревоги и депрессии нами были использованы:

1. Шкала HADS (Hospital anxiety and depression scale – Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Шкала была создана A. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г.;

2. Шкала-опросник CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – шкала центра эпидемиологических исследований, автор – Radloff, 1977 г.).

### **Методика проведения тренингов биологической обратной связи**

На рисунке представлена функциональная схема проведения тренингов на основе технологий БОС. Посредством цепи внешней обратной связи на базе компьютерной техники подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции, что помогает развить навыки самоконтроля, обучаться саморегуляции и позволяет впоследствии изменять эту функцию произвольно.



Рис. Функциональная схема системы проведения тренингов на основе технологий БОС

Тренинги (8–12 тренингов на курс коррекции) проводились 2 раза в неделю, в послеобеденное время. В процессе проведения исследований предлагались индивидуально ориентированные тренинги на основе БОС.

### **Результаты**

Данные динамики клинической выраженности тревоги и депрессии в группе, получавшей фармакотерапию представлены в табл. 2.

Таблица 2

Динамика клинической выраженности тревоги и депрессии  
в группе, получавшей фармакотерапию ( $N \pm m$ ;  $n = 19$ )

Показатель		Фармакотерапия		Группа исследования	
		На момент начала терапии	На момент конца терапии	На момент начала терапии	На момент конца терапии
HADS	тревога	$9,1 \pm 0,2$	$7,0 \pm 0,3^*$	$8,6 \pm 0,3$	$7,2 \pm 0,3$
	депрессия	$10,0 \pm 0,1$	$6,2 \pm 9,2^*$	$8,5 \pm 0,8$	$8,1 \pm 0,7$
CES-D, баллы		$27,1 \pm 1,9$	$20,1 \pm 1,6^*$	$24,4 \pm 1,2$	$23,0 \pm 1,5$

Примечание: \* – различия достоверны между показателями группы до начала проведения терапии и после ( $p < 0,05$ ).

Данные, представленные в табл. 2, указывают на то, что в начале исследования показатели в группе получавших фармакотерапию и в группе сравнения достоверно не отличались. На момент окончания исследования в группе сравнения не произошло статистически значимых изменений показателей клинической выраженности тревоги и депрессии. В группе получавших фармакотерапию произошло статистически значимое снижение уровня тревоги по данным шкалы HADS на 23,1 %, уровень депрессии по данным указанной шкалы снизился еще более существенно – на 38 %. Клиническая выраженность депрессии по данным шкалы CES-D снизилась на 26 %. Клиническая выраженность тревоги и депрессии по шкале HADS и клиническая выраженность депрессии по шкале CES-D достоверно отличались в группе получавших фармакотерапию и в группе сравнения.

Данные динамики клинической выраженности тревоги и депрессии в группе получавших тренинги БОС по поводу сопутствующих тревоги и депрессии представлены в табл. 3.

В начале исследования показатели в группе получавших тренинги БОС и в группе сравнения достоверно не отличались. На момент окончания исследования в группе сравнения не произошло статистически достоверных изменений показателей клинической выраженности тревоги и депрессии. В группе получавших тренинги БОС по поводу сопутствующих тревоги и депрессии произошло статистически значимое снижение уровня тревоги по данным шкалы HADS – на 22,9 %, уровень депрессии по данным указанной шкалы, однако, не снизился. Клиническая выраженность депрессии по данным шкалы CES-D снизилась на 11,5 %.

Таблица 3

Динамика клинической выраженности тревоги и депрессии  
в группе получавших тренинги БОС ( $N \pm m$ ;  $n = 12$ )

Показатель	Группа БОС		Группа исследования	
	До тренингов	После тренингов	На начало исследования	Конец исследования
HADS, баллы	тревога	$9,0 \pm 0,2$	$7,2 \pm 0,2 *$	$8,1 \pm 0,3$
	депрессия	$8,1 \pm 0,1$	$9,4 \pm 0,1 *$	$8,3 \pm 0,2$
CES-D, баллы		$26,7 \pm 0,6$	$23,4 \pm 0,3 *$	$24,4 \pm 0,5$
				$23,3 \pm 0,6$

Примечание: \* – различия достоверны между показателями группы до проведения тренингов БОС и после ( $p < 0,05$ ).

В группе фармакотерапии отмечалась выраженная положительная динамика по данным всех шкал. Так, уровни депрессии и тревоги по данным шкалы HADS снизились на 23,1 % и 38 % соответственно, а уровень депрессии по шкале CES-D снизился на 26 %.

В группе БОС также наблюдалась тенденция к нормализации исследуемых показателей, хоть она и была менее отчетливая. Так, уровень тревоги по шкале HADS в группе БОС снизился на 22,9 %, уровень депрессии по данной шкале не претерпел изменений. Депрессия по шкале CES-D в группе БОС снизилась на 11,5 %.

Данные динамики биохимических показателей в группе, получавшей фармакотерапию сопутствующих тревоги и депрессии отображены в табл. 4.

Таблица 4

Динамика биохимических показателей в группе,  
получавшей фармакотерапию ( $N \pm m$ ;  $n = 19$ )

Показатель	Фармакотерапия		Группа сравнения	
	На момент начала терапии	На момент конца терапии	На момент начала исследования	Конец исследования
Кортизол утренний, нмоль/л	$392,8 \pm 7,61$	$323,3 \pm 6,57 *$	$383,96 \pm 23,49$	$383,93 \pm 24,6$
Кортизол вечерний, нмоль/л	$144,8 \pm 3,47$	$143,2 \pm 3,76$	$138,83 \pm 2,49$	$139,4 \pm 2,6$
Пролактин, мМЕ/л	$157,6 \pm 7,74$	$157,3 \pm 7,6$	$181,7 \pm 4,48$	$182,8 \pm 4,08$
ДГЭА-С, мкмоль/л	$2,6 \pm 0,04$	$3,14 \pm 0,06 *$	$2,13 \pm 0,06$	$2,21 \pm 0,08$
BDNF, пг/мл	$10,2 \pm 1,3$	$13,1 \pm 1,0 *$	$10,8 \pm 1,7$	$11,0 \pm 2,0$

Примечание: \* – различия достоверны между показателями группы до начала проведения терапии и после ( $p < 0,05$ ).

Представленные данные указывают на то, что показатели биохимического статуса группы пациентов, получавшей фармакологическую коррекцию тревоги и депрессии, достоверно не отличались от показателей биохимического статуса группы пациентов, вошедших в группу сравнения.

На момент окончания исследования в группе, получавшей фармакологическую поддержку, значение утреннего кортизола достоверно снизилось, значения ДГЭА-С достоверно повысились. Также отмечено достоверное повышение значений BDNF. Динамика же пролактина и вечернего кортизола была статистически не значима.

Изменения показателей биохимического статуса в группе сравнения была статистически недостоверной. Также на момент окончания исследования были выявлены достоверные различия между показателями биохимического статуса в группе сравнения и в группе получавших фармакологическую поддержку. Данные различия характеризовались тем, что в группе сравнения не было отмечено значимой динамики, в то время как в группе получавших фармакологическую поддержку произошла достоверная положительная динамика.

Данные динамики биохимических показателей в группе получавших тренинги БОС по поводу сопутствующих тревоги и депрессии отображены в табл. 5.

Таблица 5  
Динамика биохимических показателей в группе  
получавших тренинги БОС ( $N \pm m$ ;  $n = 12$ )

Показатель	Группа БОС		Группа сравнения	
	До тренингов	После тренингов	На момент начала исследования	Конец исследования
Кортизол утренний, нмоль/л	$402,4 \pm 7,18$	$379,2 \pm 6,54^*$	$383,96 \pm 23,49$	$383,93 \pm 24,6$
Кортизол вечерний, нмоль/л	$174,5 \pm 2,57$	$172,0 \pm 2,79^*$	$138,83 \pm 23,49$	$139,4 \pm 24,6$
Пролактин, мМЕ/л	$171,5 \pm 3,65$	$176,5 \pm 3,79$	$181,7 \pm 40,48$	$182,8 \pm 41,08$
ДГЭА-С, мкмоль/л	$2,13 \pm 0,02$	$2,21 \pm 0,01$	$2,13 \pm 0,06$	$2,21 \pm 0,08$
BDNF, пг/ мл	$10,4 \pm 0,1$	$12,5 \pm 0,1^*$	$10,8 \pm 0,1$	$11,0 \pm 0,2$

Примечание: \* – различия достоверны между показателями группы до проведения тренингов БОС и после ( $p < 0,05$ ).

Из представленных данных следует, что показатели биохимического статуса группы пациентов, получавших тренинги БОС в качестве метода

коррекции тревоги и депрессии, достоверно не отличались от показателей биохимического статуса группы пациентов, вошедших в группу сравнения.

Однако на момент окончания исследования в группе получавших фармакологическую поддержку значение утреннего кортизола достоверно снизилось, значение ДГЭА-С достоверно повысилось. Также отмечено повышение значений BDNF. Динамика пролактина и вечернего кортизола была не достоверной.

На момент окончания исследования были выявлены достоверные различия между показателями биохимического статуса в группе сравнения и в группе получавших фармакологическую поддержку, которые характеризовались тем, что в группе сравнения не было отмечено значимой динамики, в то время как в группе получавших фармакологическую поддержку произошла достоверная положительная динамика. В группе больных с гипертонической болезнью I и II стадий, получавших по поводу сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств фармакотерапию, и в группе больных, получавших тренинги БОС, выявлена нормализация суточного профиля артериального давления в виде достоверного снижения среднего артериального давления в дневное и ночное время, снижения индекса времени артериального давления, повышения суточного индекса артериального давления в дневное и ночное время. Указанные изменения были достоверно более выражены в группе получавших фармакотерапию сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств.

Коррекция сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств у больных гипертонической болезнью I и II стадии приводила к достоверному снижению содержания в крови утреннего кортизола, повышению уровня ДГЭА-С и BDNF. Указанные изменения были достоверно более выражены у представителей группы получавших фармакотерапию сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств. Уровни вечернего кортизола и пролактина значимо не изменились вне зависимости от метода коррекции сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств. В группе сравнения значимых изменений исследуемых лабораторных показателей не произошло.

### **Заключение**

Среди пациентов, страдающих артериальной гипертензией и расстройствами тревожно-депрессивного спектра разной степени выраженности, по данным клинико-психопатологических исследований выявляются снижение показателей качества жизни в 64 % случаев.

В стандарт обследования больных гипертонической болезни I-II стадий необходимо включение методик скрининговой оценки наличия и выраженности тревоги и депрессии с последующим рассмотрением необходимости консультации психиатра. Рекомендовано проводить комплексную оценку катаболического (утренний кортизол) и анаболического (дегидроэпиандростерон, BDNF) статуса больных при выявлении у них сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств с целью определения прогноза и оценки перспектив лечения эмоциональных расстройств.

Тренинги биологической обратной связи можно рекомендовать больным артериальной гипертензией для коррекции сопутствующих тревоги и депрессии в случае отказа пациента от терапии анксиолитиками и антидепрессантами. Эффективность тренингов биологической обратной связи в этом случае будет сопоставима с таковой у медикаментозной терапии.

### **Литература**

1. Аниськин В.Н., Гарбер А.И., Иванов Д.В., Попов Ю.М. Анализ эффективности метода биологической обратной связи в профилактике употребления психоактивных веществ подростками // Азимут научных исследований: педагогика и psychology. – 2016. – Т. 5, № 1 (14). – С. 159–163.
2. Артюхова М.Г. Новые подходы к лечению депрессивных расстройств у больных кардиологического стационара // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11 – С. 822–824.
3. Ашанина Е.Н., Сеник М.Н. Современные исследования техник аудиовизуального воздействия (обзор отечественной и иностранной литературы за 2011–2018 гг.) // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 44–65.
4. Бартош О.П., Бартош Т.П. Социально-психологический тренинг и метод биологической обратной связи как профилактика тревожности у младших школьников // Вестник психотерапии. – 2016. – № 58 (63). – С. 35–45.
5. Корзенев А.В., Станжевский А.А., Тютин Л.А. [и др.] Функциональная нейровизуализация в диагностике и контроле лечения тревожно-обсессивных расстройств // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2008. – Т. 53. – № 3. – С. 48–56.
6. Лахман О.Л., Шевченко О.И. Применение биоуправления при лечении нервно-психических заболеваний // Сибирский медицинский журнал. – 2001. – Т. 105, № 6. – С. 110–113.
7. Лобачев А.В. Профилактика психических расстройств у курсантов военных вузов МО РФ на начальных этапах обучения : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 163 с.
8. Резникова Т.Н., Федоряка Д.А., Селиверстова Н.А., Моховикова И.А. Опыт использования сенсорной импульсной стимуляции у больных с паническими атаками // Вестник психотерапии. – 2018. – № 68 (73). – С. 47–67.

9. Сороко С.И., Трубачев В.В. Нейрофизиологические и психофизиологические основы адаптивного биоуправления. – СПб. : Политехника-сервис, 2010. – 607 с.
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. [и др.] Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты терапевтической части многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 28–37.
11. Allison M.A. Jensky N.E., Marshall S.J., [et al.] Sedentary behavior and adiposity-associated inflammation the multi-ethnic study of atherosclerosis // Am. j. prev. med. – 2012. – Vol. 42, № 1. – Pp. 8–13.
12. Koenigs M., Tranel D. Irrational economic decision-making after ventromedial prefrontal damage: Evidence from the ultimatum game // The Journal of Neuroscience. – 2007. – Vol. 27, № 4. – Pp. 951–956.
13. Maninger N., Wolkowitz O.M., Reus V.I. [et al.] Neurobiological and neuropsychiatry effects of dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA sulfate (DHEAS) // Frontiers in neuroendocrinology. – 2009. – Vol. 30, № 1. – Pp. 65–91.
14. Ritsner M., Maayan R., Gibel A. [et al.] Elevation of the cortisol/dehydroepiandrosterone ratio in schizophrenia patients // European neuropsychopharmacology. – 2004. – Vol. 14, N 4. – Pp. 267–273.
15. Xiao Z., Liu W., Gao K. [et. al.] Interaction between CRHR1 and BDNF genes increases the risk of recurrent major depressive disorder in Chinese population // PLoS One. – 2011. – Vol. 6, № 12. – Pp. 728–733.

Поступила 03.03.2020

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

**Для цитирования.** Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Соловьев М.В., Дударенко С.В., Леонтьев О.В. Применение тренингов биологической обратной связи у больных гипертонической болезнью с расстройствами тревожно-депрессивного спектра // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 17–30.

#### **APPLICATION OF TRAININGS OF BIOLOGICAL FEEDBACK FOR PATIENTS WITH THE HYPERTENSION FROM FRUSTRATION OF THE DISTURBING AND DEPRESSIVE RANGE**

**Gordiyenko A.V.<sup>1</sup>, Sorokin N.V.<sup>1</sup>, Solovev M.V.<sup>1</sup>,  
Dudarenko S.V.<sup>2</sup>, Leontev O.V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy  
(Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

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

Alexander Voleslavovich Gordiyenko – Dr. Med. Sci Prof., the head of the department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gordii@gmail.com;

✉ Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Mikhail Vasilyevich Solovev – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: mvsol@mail.ru;

Sergey Vladimirovich Dudarenko – Dr. Med. Sci., associate Prof., Prof. Department of therapy and integrative medicine of Institute DPO «Extreme Medicine», Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: dudarenko@mail.ru;

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of Institute DPO «Extreme Medicine», Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

**Abstract.** In work the analysis of results of impact of trainings of biological feedback on the course of a hypertension at persons with the accompanying frustration of a disturbing and depressive range is submitted. It is established that at such patients change of biochemical markers of alarm and a depression is noted, the tendency to increase in level of cortisol, decrease in a brain neurotrophic factor and a sulfanirovanny form of a degidroepiandrosteron is revealed. The interrelation between expressiveness of alarm and a depression and levels of cortisol, brain neurotrophic factor and a sulfanirovanny form of a degidroepiandrosteron of blood is revealed. It is established that, trainings of biological feedback are effective at correction of alarm and a depression. Trainings of biological feedback can be recommended to patients with a hypertension of the I-II stages for correction accompanying alarms and depressions and in case of refusal the patient from therapy of an anksiolitikama and antidepressants

**Key words:** hypertension, alarm, depression, trainings of biological feedback, brain neurotrophic factor, cortisol, prolactin.

## References

1. Aniskin V.N., Garber A.I., Ivanov D.V., Popov Yu.M. Analiz effektivnosti metoda biologicheskoy obratnoj svyazi v profilaktike upotrebleniya psichoaktivnyh veshhestv podrostkami [Analysis of the effectiveness of the biological feedback method in preventing the use of psychoactive substances by adolescents]. *Azimut nauchnyh issledovanij: pedagogika i psihologiya* [Azimuth of scientific research: pedagogy and psychology]. 2016. Vol. 5. N 1 (14). Pp. 159–163. (In Russ.)
2. Artyuxova M.G. Novye podhody k lecheniyu depressivnyh rasstrojstv u bolnyh kardiologicheskogo stacionara [New Approaches to Treatment of Depressive

Disorders in Patients of Cardiological Hospital]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2009. Vol. 17. N 11. Pp. 822–824. (In Russ.)

3. Ashanina E.N., Senik M.N. Sovremennye issledovaniya tekhnik audiovizualnogo vozdejstviya (obzor otechestvennoj i inostrannoj literatury za 2011–2018 gg.) [Modern Research of Audio-Visual Impact Techniques (Review of Domestic and Foreign Literature for 2011-2018)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67 (72). Pp. 44–65. (In Russ.)

4. Bartosh O.P., Bartosh T.P. Socialno-psihologicheskij trening i metod biologicheskoy obratnoj svyazi kak profilaktika trevozhnosti u mladshih shkolnikov [Social and psychological training and biological feedback method as prevention of anxiety in younger schoolchildren]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 58 (63). Pp. 35–45. (In Russ.)

5. Korzenev A.V., Stanzhevskij A.A., Tyutin L.A. [et al.] Funkcionalnaya neirovizualizaciya v diagnostike i kontrole lecheniya trevozhno-obsessivnyh rasstrojstv [Functional neuroimaging in diagnosis and control of treatment of anxiety-obsessive disorders]. *Medicinskaya radiologiya i radiacionnaya bezopasnost* [Medical radiology and radiation safety]. 2008. Vol. 53. N 3. Pp. 48–56. (In Russ.)

6. Laxman O.L., Shevchenko O.I. Primenenie bioupravleniya pri lechenii nervno-psihicheskix zabolеваний [Application of Biomanagement in the Treatment of Nervous-Mental Diseases]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2001. Vol. 105. N 6. Pp. 110–113. (In Russ.)

7. Lobachev A.V. Profilaktika psihicheskix rasstrojstv u kursantov voennyyh vuzov MO RF na nachalnyh etapah obucheniya [Prevention of mental disorders in cadets of military universities of the Ministry of Defense of the Russian Federation at the initial stages of training] : Abstract Dis. PhD. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 163 p. (In Russ.)

8. Reznikova T.N., Fedoryaka D.A., Seliverstova N.A., Moxovikova I.A. Opyt ispolzovaniya sensornoj impulsnoj stimulyacii u bolnyh s panicheskimi atakami [Experience of using sensory impulse stimulation in patients with panic attacks]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 68 (73). Pp. 47–67. (In Russ.)

9. Soroko S.I., Trubachev V.V. Nejrofiziologicheskie i psihofiziologicheskie osnovy adaptivnogo bioupravleniya [Neurophysiological and psychophysiological foundations of adaptive biomanagement]. Sankt-Peterburg. 2010. 607 p. (In Russ.)

10. Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V. [et al.] Kliniko-epidemiologicheskaya programma izuchenija depressii v kardiologicheskoy praktike: u bolnyh arterialnoj gipertoniej i ischemicheskoy bolezny serdcza (KOORDINATA): rezul'taty terapeuticheskoy chasti mnogocentrovogo issledovaniya [Clinical-epidemiological program of study of depression in cardiological practice: in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (COORDINATE): results of therapeutic part of multicentre study]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2007. N 3. Pp. 28–37. (In Russ.)

11. Allison M.A. Jensky N.E., Marshall S.J. [et al.] Sedentary behavior and adiposity-associated inflammation the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am. j. prev. med.* 2012. Vol. 42. N 1. Pp. 8–13.

12. Koenigs M., Tranel D. Irrational economic decision-making after ventromedial prefrontal damage: Evidence from the ultimatum game. *The Journal of Neu-*

*roscience*. 2007. Vol. 27. N 4. Pp. 951–956.

13. Maninger N., Wolkowitz O.M., Reus V.I. [et al.] Neurobiological and neuropsychiatry effects of dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA sulfate (DHEAS). *Frontiers in neuroendocrinology*. 2009. Vol. 30. N 1. Pp. 65–91.
14. Ritsner M., Maayan R., Gibel A. [et al.] Elevation of the cortisol/dehydroepiandrosterone ratio in schizophrenia patients. *European neuropsychopharmacology*. 2004. Vol. 14. N 4. Pp. 267–273.
15. Xiao Z., Liu W., Gao K. [et al.] Interaction between CRHR1 and BDNF genes increases the risk of recurrent major depressive disorder in Chinese population. *PLoS One*. 2011. Vol. 6. N 12. Pp. 728–733.

Received 03.03.2020

**For citing.** Gordiyenko A.V., Sorokin N.V., Solov'ev M.V., Dudarenko S.V., Leont'ev O.V. Primenenie treningov biologicheskoy obratnoj svyazi u bolnyh gipertonicheskoy boleznyu s rasstrojstvami trevozhno-depressivnogo spectra. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 17–30. (In Russ.)

Gordiyenko A.V., Sorokin N.V., Solovev M.V., Dudarenko S.V., Leontev O.V. Application of trainings of biological feedback for patients with the hypertension from frustration of the disturbing and depressive range. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 17–30.

## АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ МЕТОДОМ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Клинический центр Итальянского института микропсихоанализа  
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21)

Растущий уровень распространения аутоагрессивного поведения (AAP) среди подростков является важной проблемой в сфере здравоохранения. Формирование и повторение AAP происходит под влиянием ряда психологических факторов, таких как депрессия, отчаяние, импульсивность, планирование, длительность проблемы, отсутствие навыков решения проблем и гнев. Целью настоящей работы является изучение роли эмоций и способности к переживанию стресса и фрустрации у подростков с AAP. В рамках исследования было также проведено изучение влияния данных факторов на повторное AAP в условиях контроля по уровню депрессии. Экспериментальная группа состояла из 45 пациентов в возрасте от 16 до 21 года, наблюдавшихся в результате сознательного приёма чрезмерной дозы лекарственных препаратов. Опрос проводился путём предоставления участникам анкет для определения уровня депрессии, опыта переживания эмоций и устойчивости к фрустрации и стрессу. Общая клиническая контрольная группа включала пациентов того же возраста без истории самоповреждений. Был проведен анализ взаимосвязи факторов и сравнение показателей между группами с AAP и без AAP и между группами с первичным и повторным эпизодами AAP. Результаты сравнения представлены и проанализированы с точки зрения клинического применения.

**Ключевые слова:** аутоагрессивное поведение, эмоции, устойчивость к фрустрации, диалектическая поведенческая терапия, подростковый возраст.

Автоагрессивное поведение (AAP) представляет собой серьёзную проблему, требующую фундаментального медицинского изучения и лечения. Согласно исследованиям, проведенным Kaess M. с соавт., AAP является одной из пяти основных причин обращения за неотложной медицинской помощью у населения обоих полов [15, с. 265]. Первые эпизоды AAP обычно регистрируются в среднем или позднем подростковом возрасте [12, с. 4]. У таких подростков часто наблюдаются также и другие факторы риска, которые впоследствии могут приводить к различным расстройствам личности: повторным сепарациям, низкому уровню социализации, неспо-

---

✉ Исагулова Елена Юрьевна – клинич. психолог, руководитель Клинического центра Итальянского ин-та микропсихоанализа (Россия, 127005, г. Москва, Порядковый пер., д. 21), e-mail: 9477877@gmail.com.

собности к построению отношений [11]. Привычка к самоповреждению как к способу преодоления эмоционального дискомфорта в подростковом возрасте часто предопределяет трудности при межличностном взаимодействии и переживании стресса у взрослых.

Исследования показывают, что самоповреждение является основным фактором риска завершённого суицида. Суицид занимает второе место среди причин смерти у подростков и молодёжи 15–24 лет в России [10]. У трети молодых самоубийц в анамнезе зарегистрированы случаи ААП [9, с. 52]. По мнению Воликовой С.А. с соавт., риск самоубийств может быть снижен путём раннего распознавания и лечения случаев повторного самоповреждения [4]. Необходимо углублённое исследование ассоциированных с ААП факторов для повышения эффективности терапевтического и психиатрического лечения подростков.

Суицидальное поведение имеет чёткую независимую корреляцию с симптомами депрессии и повторными самоповреждениями [17, 18]. Уровень распространения депрессии резко повышается в подростковом возрасте. Малкова Е.Е. и Наумова А.А. приводят данные, что из 1 тыс. учеников средних школ у 50-ти ежегодно может быть диагностирована тяжёлая депрессия [7, с. 131]. По наблюдениям Попова Ю.В. и Пичикова А.А., у 67 % из 40 подростков возраста от 11 до 16 лет, оказавшихся в отделении скорой помощи после акта ААП, была диагностирована клиническая депрессия, у 75 % – различные психические расстройства [8, с. 230]. По мнению А. Бека и К. Фримена, отчаяние является главным параметром связи между депрессией и суицидальным поведением [2, с. 263]. В более поздних работах авторы выявили ничтожную корреляцию между депрессией и суицидальным поведением при контроле по переменной «отчаяние» и высокую корреляцию суицидальных намерений с отчаянием при контроле по переменной «депрессия». В группе пациентов с диагнозом «депрессия» отчаяние было самым значимым прогностическим фактором суицида в десятилетней перспективе [1]. Muehlenkamp J.J. с соавт. сообщают, что большинство подростков с ААП описывают свое ощущение от будущего как «отчаяние» даже после начала лечения депрессии [16, с. 10]. Вагин Ю.Р. отмечает, что степень депрессивного расстройства резко снижается после акта ААП, что может говорить об ином значении депрессии для ААП [3, с. 33]. Так, возможный стресс у пациента в момент ААП не обязательно говорит о наличии у него депрессивного синдрома. По данным, представленным в работе Kaess M. с соавт., несмотря на высокий уровень баллов по

шкале депрессии Бека у пациентов с ААП, клинический анализ по DSM-III выявил депрессию лишь у 31 % пациентов [15, с. 168].

Понятие устойчивости к фruстрации и его потенциальная роль в ААП обсуждается в рамках методики рационально-эмоционально-поведенческой терапии (РЭПТ) [13]. Центральными понятиями в понимании А. Эллисом эмоционального расстройства были понятия низкой устойчивости к фruстрации и эго-тревожности. Эго-тревожность есть «глобальная негативная оценка себя» [13, с. 73]. Низкая устойчивость к фruстрации описывает эмоционально беспокоящие представления, связанные с нежелательными условиями жизни. А. Эллис предположил, что пациенты с депрессией обычно имеют несколько из приведенных убеждений. По его мнению, в основе всех эмоциональных расстройств лежит «безусловное величие», т. е. «У меня должно получиться и все меня за это должны похвалить; ты должен относиться ко мне хорошо и справедливо; мир должен быть простым и сразу возвращать мне за мои усилия» [13, с. 78]. Невыполнение данных условий вызывает у людей с низкой фruстрационной устойчивостью неприятную тревогу (из-за невозможности вынести фruстрацию) и стимулирует ААП как способ избавления от этой тревоги.

В настоящее время растёт количество исследований медицинского вмешательства при ААП, однако его эффективность пока не может считаться однозначной [5, с. 87]. Наилучшие результаты показывает применение диалектической поведенческой терапии (ДПТ), метода, созданного в 1993 г. американским психологом М. Лайнен для лечения повторного аутоагрессивного поведения у взрослых пациентов с пограничным расстройством личности [6]. ДПТ использует различные модели, в том числе рационально-эмоционально-поведенческую терапию (РЭПТ) (Ellis, 1955) и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) (Beck, 1975) [5, с. 89]. Основной задачей диалектической психотерапии является снижение значения неблагоприятной окружающей обстановки, в которой ребёнок по мере взросления оказывается неспособен правильно маркировать или понимать собственные эмоции, что мешает развитию навыков стрессоустойчивости и управления эмоциями. Понятие стрессоустойчивости очень близко к понятию «устойчивости к фruстрации и дискомфорту» в РЭПТ [5, с. 92]. Несмотря на то что интуитивно диалектическая психотерапия по клиническим соображениям подходит для лечения ААП, идеи управления эмоциями и устойчивости к фruстрации и дискомфорту на данный момент не имеют экспериментального подтверждения. ДПТ на сегодняшний день

становится все более популярной при использовании в рамках лечения психических нарушений в России.

Целью исследования явилось исследование уровня депрессии, эмоций и устойчивости к фрустрации у подростков с ААП и их коррекция методом ДПТ.

### **Организация и методики исследования**

Исследование проводилось на базе Клинического центра Итальянского института микропсиходиагностики (г. Москва). В исследовании приняли участие пациенты подросткового возраста, которые находились на лечении в данном учреждении, в количестве 40 человек. Все испытуемые в зависимости от проявлений ААП были разделены на две группы.

Первую, экспериментальную группу составили пациенты с первым случаем ААП ( $n = 20$ ). Критерием включения в группу было обращение в отделение скорой помощи по поводу сознательного приёма чрезмерной дозы лекарственных или наркотических препаратов. Возраст участников – 16–21 год. Участники, для которых чтение или письмо представляло сложность, были включены; вопросы анкет были им прочитаны, а ответы записаны автором исследования. Были исключены пациенты с трудностями обучения и те, для кого русский язык не является родным. Также были исключены пациенты, страдающие психозом в острой фазе, и пациенты, принявшие чрезмерную дозу препаратов не сознательно (например, использовали наркотик в целях развлечения). Не участвовали в исследовании пациенты, неспособные это сделать вследствие медицинских или психологических причин, по мнению старшего и среднего медицинского персонала.

Вторую группу (контроля, не-ААП) составили пациенты подросткового возраста, которые находились на лечении по поводу различных психологических проблем, но никогда не практиковали ААП (в том числе сознательно не принимали лекарственные или наркотические препараты в чрезмерных дозах с целью суицида или отравления) ( $n = 20$ ). Возраст участников – 16–21 год. Во время исследования участники находились на терапевтическом лечении в Клиническом центре Итальянского института микропсиходиагностики (г. Москва). Были исключены пациенты, страдающие психозом в острой фазе, и пациенты, госпитализированные по поводу ААП или имевшие опыт ААП в прошлом. Также были исключены пациенты с трудностями обучения и те, для кого русский язык не является родным.

Для достижения поставленной цели был использован метод тестирования «Шкала оценки уровня депрессии А. Бека» (ШДБ).

На первом этапе исследования были исследованы уровни депрессии, эмоций и устойчивости к фрустрации у подростков с ААП. На втором этапе была выявлена эффективность метода ДПТ при коррекции депрессии, эмоций и устойчивости к фрустрации у подростков с ААП.

Для анализа полученных данных использовались методы математико-статистической обработки данных. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 (2009). Использовались следующие процедуры: вычисление и описание средних значений ( $M_e$ ), стандартных отклонений (SD); анализ значимости различий по W – критерию Вилкоксона в одной группе при повторной диагностике; вычисление и описание различий между исследуемыми группами по U-критерию Манна–Уитни для двух независимых выборок; корреляционный анализ по критерию корреляции рангов К. Спирмена. Значимость различий и достоверность корреляционных связей определялась при достижении уровня  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Полученные сводные данные об уровне депрессии, проявлении эмоций и устойчивости к фрустрации у подростков с ААП в сравнении с группой контроля по всем шкалам и субшкалам (СШ) представлены в табл. 1.

**Таблица 1**  
**Средние значения и стандартные отклонения измерений**  
**по шкалам и СШ**

Шкала/СШ	Не-ААП (n = 20)	Первичное ААП (n = 20)	Критический уровень значимости	
			U	P
Общий показатель депрессии	$22,9 \pm 11,48$	$25,5 \pm 10,84^*$	15,36	0,001
Эмоциональная устойчивость	$102,8 \pm 26,28$	$117,95 \pm 27,6^*$	4,19	0,020
СШ гнев	$13,9 \pm 4,48$	$17,75 \pm 5,09^*$	7,50	0,001
СШ печаль	$20,15 \pm 5,69$	$23,25 \pm 6,16^*$	5,31	0,021
СШ отвращение	$17,4 \pm 5,86$	$23,0 \pm 6,21^*$	5,31	0,007
СШ страх	$21,55 \pm 7,23$	$21,65 \pm 7,55$	3,71	0,692
СШ счастье	$8,35 \pm 3,92$	$7,85 \pm 6,31$	3,02	0,06
Сцепленность негативных эмоций	$76,0 \pm 26,72$	$98,95 \pm 22,25^*$	8,76	0,001
Сцепленность вторичных негативных эмоций с гневом	$18,65 \pm 7,86$	$23,85 \pm 7,81^*$	8,24	0,001

Шкала/СШ	Не-ААП (n = 20)	Первичное ААП (n = 20)	Критический уровень значимости	
			U	P
Сцепленность вторичных негативных эмоций с печалью	$18,8 \pm 7,73$	$24,35 \pm 4,86^*$	8,178	0,001
Сцепленность вторичных негативных эмоций со стыдом	$19,65 \pm 7,31$	$27,7 \pm 7,53^*$	7,88	0,001
Сцепленность вторичных негативных эмоций с тревогой	$18,9 \pm 6,95$	$23,05 \pm 6,94^*$	0,347	0,037
Общий показатель фрустрации/дискомфорта	$74,3 \pm 20,8$	$78,85 \pm 26,34$	1,49	0,232
СШ эмоционального дискомфорта	$20,45 \pm 6,83$	$22,7 \pm 6,18^*$	5,89	0,005
СШ достижения	$19,9 \pm 7,0$	$21,65 \pm 9,15$	0,33	0,720
СШ комфорт	$16,9 \pm 4,3$	$15,15 \pm 6,52$	1,19	0,309
СШ завышенная самооценка	$19,85 \pm 7,32$	$20,8 \pm 8,87$	0,13	0,874

Примечание: \* – значимые различия между группами первичного ААП и не-ААП.

В ходе исследования между ААП- и не-ААП-группами было обнаружено значимое различие уровня депрессивных симптомов по «Шкале оценки уровня депрессии» А. Бека (ШДБ), что согласуется с результатами предшествующих исследований. Однако измерение депрессии при помощи инструментов самодиагностики обычно показывает более высокие результаты, чем клиническое диагностическое интервью, следовательно, является скорее показателем уровня субъективного стресса. Зарегистрированный уровень толерантности к фрустрации не показал значимых различий между группами, хотя у группы с ААП был выявлен значительно более высокий уровень эмоциональной неустойчивости ( $p < 0,05$ ). Уровень эмоциональной неустойчивости соответствует понятию неустойчивости к дистрессу в ДПТ и, следовательно, является доказательством дефицита способности переживать стрессовые ситуации у лиц с ААП. Показатели уровня сложности при переживании эмоций также оказались выше у группы с ААП. Особенно сложным для участников этой группы оказалось переживать эмоции, связанные с гневом, печалью и отвращением. Данный результат соответствует теоретическим предположениям о том, что аутоаггрессия является направленным на себя опытом избавления от невыносимых эмо-

ций, особенно при наличии абызоза и отстранения в детском анамнезе. Очевидная сложность при переживании эмоций у лиц с ААП согласуется с концепцией дисфункции системы эмоциональной регуляции в ДПТ, направленной на формирование недостающих навыков. В ААП-группе был также зарегистрирован более высокий уровень сцепленности негативных эмоций. Это означает, что лица с ААП испытывают значительно больше негативных эмоций в результате первичных негативных эмоций, например, вину после гнева. В рамках настоящей работы не проводилось детального исследования сцепленности эмоций, однако на основании полученных результатов можно предположить, что глубинные вторичные эмоции могут играть важную роль в формировании ААП поведения. Развитие эмоциональной осознанности и проницательности является задачей многих, в особенности когнитивно-ориентированных психотерапевтических методов, таких как ДПТ и работа с эмоциональными и когнитивными схемами в КПТ.

Для изучения взаимосвязи параметров данного исследования был проведен корреляционный анализ связей шкал и СШ, результаты которого представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Результаты корреляционного анализа

Шкала	Общий показатель депрессии	Эмоциональная устойчивость
Эмоциональная устойчивость	-0,677*	-
Общий показатель фruстрации/дискомфорта	0,438*	-0,415*

Примечание: \* – значимые корреляционные связи.

Установлено, что уровень депрессии по «Шкале оценки уровня депрессии» А. Бека (ШДБ) имеет положительную корреляцию с уровнем эмоциональной и фрустриационной неустойчивости. Был сделан вывод о взаимосвязи между симптомами депрессии и уровнем устойчивости к фрустрации, однако направление этого отношения, т. е. является ли депрессия результатом или следствием низкого уровня эмоциональной устойчивости, определить не удалось. Тем не менее результат сравнения показал наличие связи между эмоциональной и фрустриационной устойчивостью, не зависящей от уровня депрессии. Так, даже без учёта различий ААП и кон-

трольной групп по уровню депрессии, в группе с ААП наблюдался глубинный недостаток устойчивости к стрессу и переживанию эмоций.

Терапевтическое применение полученных результатов представляет собой дополнительное назначение иных, кроме медикаментозных, способов лечения в случаях с подозрением на низкий уровень эмоциональной устойчивости и высокую сцепленность негативных эмоций. Психотерапия, направленная на повышение уровня эмоциональной устойчивости и осознанности индивидуального эмоционального опыта, например, глубинных вторичных ответов на негативные эмоции, может быть эффективна для уменьшения распространения аутоаггрессивного поведения.

Некоторое количество значимых различий показал анализ измерений по группам без ААП и с первым эпизодом ААП. Данные различия могут быть значимыми параметрами, по которым можно определить начало аутоаггрессивного поведения у подростков. Участники группы с ААП испытывали значительные сложности при переживании гнева и отвращения, а также показали более высокий уровень сцепленности негативных эмоций.

Наличие суицидальных намерений также соотносится с уровнем депрессии по ШДБ и, в особенной степени, с уровнем эмоционального дискомфорта. Это может означать, что лица с сильным суицидальным желанием испытывают больше симптомов депрессии или общего стресса на фоне нарушенной стрессоустойчивости.

Формирование навыков эмоционального регулирования в ДПТ было направлено на повышение способности к беспристрастному наблюдению и описанию эмоциональных ответов вместо немедленного прерывания эмоций путём самоповреждения или иных типов дисфункционального поведения. В основе формирования навыков эмоциональной регуляции лежит теория эмоционального дистресса (в особенности у лиц с ПРЛ) как результата вторичных эмоциональных ответов (напр., глубокого стыда, тревоги и т. д.) на первичные эмоции, в то время как первичные эмоции могут быть гораздо более адаптивными и целесообразными в стрессовой ситуации. Таким образом, для уменьшения эмоционального дистресса необходимо переживание первичных эмоций в неосуждающей атмосфере. Специфические навыки эмоциональной регуляции в ДПТ включали:

- 1) распознавание и маркировку эмоций,
- 2) распознавание препятствий к изменению эмоций,
- 3) трансформацию уязвимости в «эмоциональный интеллект»,
- 4) увеличение количества положительных эмоциональных событий,

- 5) повышение осознанности по отношению к испытываемым эмоциям,
- 6) совершение противоположного (неавтоматического) действия,
- 7) применение техник переживания стресса.

После проведения курса ДПТ, адаптированной для подростков (DBT-A), была проведена оценка эффективности коррекции депрессии, проявления отрицательных эмоций и уровня устойчивости к фрустрации у подростков с ААП. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3  
Результаты измерений по шкалам и СШ у подростков с ААП  
до и после курса ДПТ

Шкала/СШ	До	После	Критический уровень значимости	
			W	P
Общий показатель депрессии	$25,5 \pm 10,84$	$23,2 \pm 5,41^*$	12,36	0,024
Эмоциональная устойчивость	$117,95 \pm 27,6$	$109,7 \pm 21,17^*$	7,17	0,022
СШ гнев	$17,75 \pm 5,09$	$14,8 \pm 3,12^*$	8,4	0,027
СШ печаль	$23,25 \pm 6,16$	$22,18 \pm 6,14$	3,31	0,511
СШ отвращение	$23,0 \pm 6,21$	$19,4 \pm 4,23^*$	5,31	0,034
СШ страх	$21,65 \pm 7,55$	$21,01 \pm 6,22$	3,74	0,513
СШ счастье	$7,85 \pm 6,31$	$7,91 \pm 5,14$	3,14	0,614
Общий показатель фрустрации/дискомфорта	$78,85 \pm 26,34$	$75,23 \pm 14,3^*$	8,12	0,05
СШ эмоционального дискомфорта	$22,7 \pm 6,18$	$21,35 \pm 6,61$	3,21	0,502
СШ достижения	$21,65 \pm 9,15$	$20,1 \pm 6,2$	1,24	0,633
СШ комфорт	$15,15 \pm 6,52$	$16,1 \pm 3,5$	1,19	0,314
СШ завышенная самооценка	$20,8 \pm 8,87$	$20,3 \pm 7,12$	0,14	0,847

Примечание: \* – значимые различия между группами первичного ААП и не-ААП.

В ходе исследования было обнаружено значимое снижение уровня депрессивных симптомов по ШДБ в динамике ( $p < 0,05$ ). Зарегистрированный уровень фрустрации также в динамике показал значимые различия ( $p < 0,05$ ). Уровень эмоциональной неустойчивости у подростков с ААП после проведения ДПТ также снизился ( $p < 0,05$ ).

Данные настоящего исследования имеют важное терапевтическое значение и могут быть использованы в коррекции паттернов ААП с целью развития осознанности, терпимости к дистрессу, регулирования эмоций, межличностной эффективности. Одним из важнейших результатов работы является выявление более высокого уровня депрессии по ШДБ у лиц с ААП по сравнению с группой контроля.

Терапия, направленная на снижение интенсивности симптомов депрессии, в особенности ощущения безнадёжности и отчаяния, имеет важное значение для уменьшения случаев повторного ААП. Более ранние исследования доказывают, что самоповреждение часто приводит к резкому снижению интенсивности депрессивных симптомов. Такие депрессивные симптомы не являются частью депрессивного синдрома, медикаментозное лечение в данном случае не будет эффективным. Тесная связь изучаемых в настоящей работе факторов с уровнем депрессии по ШДБ может означать, что эти факторы не просто составляют депрессивный синдром, а являются показателями генерализованного депрессивного состояния. Высокая степень распространения ассоциированных с ААП расстройств личности, в частности пограничного расстройства личности (ПРЛ), может быть причиной некоторых различий между показателями группы с ААП и группы контроля. Страдающие ПРЛ лица могут испытывать и демонстрировать интенсивные симптомы депрессии в ответ на внешние события или внутреннее состояние психики, недостаточные, однако, для диагностирования большого депрессивного расстройства. Это должно влиять на выбор лечения, так как обычно направленная на депрессию терапия не ориентирована на облегчение состояний лиц со стойким изменением личности.

В работе выделены особенности протекания ААП у подростков, в части особенно сильных и сложных для переживания фрустраций, например, связанных с завышенной самооценкой. Это говорит о необходимости уделять особое внимание на связанные с развитием факторы при лечении подростков с ААП. Повышенным показателем у подростков с ААП является уровень эмоционального дискомфорта. Понятие эмоционального дискомфорта согласуется с понятием устойчивости к дистрессу в ДПТ. Даный вид терапии направлен на формирование и укрепление навыков эмоциональной устойчивости. Экспериментально зарегистрированный повышенный уровень эмоционального дискомфорта у подростков подтверждает роль стрессоустойчивости в профилактике ААП. Показатели по субшкале эмоционального дискомфорта также связаны с наличием суицидальных

намерений, поэтому данная субшкала может быть инструментом прогнозирования суицида.

В первую очередь навыки стрессоустойчивости связаны со способностью непредвзятого принятия как себя, так и текущей стрессовой ситуации, и переживания определенных эмоциональных состояний без попыток их изменить. Эти навыки называются «краткосрочными стратегиями выживания» (Лайнен М., 1993) [10, с. 147]. ДПТ направлена на формирование четырех типов навыков: отвлечения, самоуспокоения, улучшения видения ситуации и понимания плюсов и минусов. Обнаруженный в ходе настоящего исследования высокий уровень дискомфорта по причине слабой стрессоустойчивости и способности переживать эмоции у лиц с ААП позволяет предположить, что улучшение этих способностей может иметь терапевтическое значение для помощи подросткам в переживании кризиса без аутоагgressии. Похожим образом зарегистрированная низкая эмоциональная устойчивость в группах с ААП подтверждает принятую с ДПТ теоретическую концепцию самоповреждения как отражения нарушенной способности идентифицировать и регулировать эмоции. Развитие навыков эмоциональной регуляции направлено на снижение этого дефицита. Наиболее сложными для переживания эмоциями для лиц с ААП оказались гнев и отвращение. Говоря о навыках эмоциональной регуляции, можно отметить, что подростки с самоповреждением в первую очередь нуждаются в регулировании именно этих эмоций.

У лиц с ААП был также обнаружен повышенный уровень сцепленности негативных эмоций. На основании этих данных таким пациентам можно рекомендовать психотерапию, направленную на работу с глубинными первичными эмоциями, возникающими одновременно с более явно выраженными поверхностными эмоциями. Такая работа предполагает определенный уровень осознанности глубинных эмоций. В большинстве случаев пациенты не обладают такой осознанностью. Детальный анализ эмоций и событий-триггеров является эффективной психотерапевтической практикой для самоосмыслиния и оценки собственных эмоций. Примером такой практики может служить анализ эмоциональных цепочек.

Как уже говорилось, не у всех лиц с ААП диагностируются ассоциированные расстройства личности, однако данное исследование выявило общий недостаток навыков, которыми занимается ДПТ, следовательно, эти навыки могут быть полезны в более широком контексте. Данная гипотеза представляет интерес для дальнейшего изучения.

## **Заключение**

Подводя итоги проведенного исследования уровня депрессии, эмоций и устойчивости к фruстрации у подростков с ААП, можно отметить, что различие между уровнями устойчивости к фruстрации и дискомфорту в случаях первичного ААП в сравнении с контролем имеют свои особенности, что наглядно доказывают полученные нами результаты тестирования.

Рассмотрение вопроса о наличии особенно сложных для переживания эмоций у подростков с ААП для целей установления взаимосвязи количества и интенсивности переживаемых ими вторичных негативных эмоций в ответ на первичные (базовые) негативные эмоции (например, печаль в ответ на гнев) с первичным ААП показало наличие связи между эмоциональной и фruстрационной устойчивостью, не зависящей от уровня депрессии. Участники группы с ААП испытывали значительные сложности при переживании гнева и отвращения, а также показали более высокий уровень сцепленности негативных эмоций.

По итогам тестирования была доказана эффективность метода ДПТ при коррекции депрессии, эмоций и устойчивости к фruстрации у подростков с ААП. Было обнаружено значимое снижение уровня депрессивных симптомов по ШДБ в динамике. Зарегистрированный уровень фruстрации и эмоциональной неустойчивости у подростков с ААП после проведения ДПТ также снизился.

## **Литература**

1. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуициальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). (Режим доступа: <http://medpsy.ru>).
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб. : Питер. – 2019. – 447 с.
3. Вагин Ю. Р. Корни суициальной активности // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 32–48.
4. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 24–31.
5. Дворникова И.Н., Куренкова Е.В. Особенности аутоагрессивного поведения подростков в современном обществе // Молодой ученый. – 2014. – № 21 (1). – С. 86–88.
6. Лайнен М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.; СПб. : ООО «ИД Вильямс». – 2018. – 590 с.
7. Малкова Е. Е., Наумова А. А. Особенности межличностных отношений подростков-девиантов // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 130–138.

8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 366 с.
9. Хлусов И.И. Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 50–55.
10. Центр интернет-технологий «РОЦИТ» [Электронный ресурс]. (Режим доступа: <https://rocit.ru/>).
11. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors // Front Psychiatry. – 2018. – N 9. – P. 540.
12. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors // Journal of adolescent health. – 2013. – N 53. – Pp. 4–12.
13. Ellis A., MacLaren K. Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapists Guide. – NY: Impact Publishers. – 2005. – 176 p.
14. Gentile D.A., Lynch P.J., Linder J.R., Walsh D.A. The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors and school performance. 2004. – Vol. 27, N 1. – Pp. 5–22.
15. Kaess M., Parzer P., Mattern M. [et al.] Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth // Psychiatry Res. – 2012. – Vol. 206, N 2–3. – Pp. 265–272.
16. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm // Child Adolesc Psychiatry Ment Health. – 2012. – Vol. 6, N 1. – P. 10.
17. Stanford S., Jones M.P. Psychological subtype detects pathological, impulsive and «normal» groups among adolescents who self-harm // Child psychology Psychiatry. – 2009. – N 50. – Pp. 807–815.
18. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT) // American Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 168, N 5. – Pp. 495–501.

Поступила 25.12.2019

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

**Для цитирования.** Исагулова Е.Ю. Аутоагрессивное поведение у подростков и его коррекция методом диалектической поведенческой терапии // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 31–45.

**AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR IN TEENAGERS AND ITS CORRECTION  
BY THE METHOD OF DIALECTIC BEHAVIORAL THERAPY**

**Isagulova E.Yu.**

Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis  
(Poryadkovyj per., 21, Moscow, Russia)

✉ Elena Yurievna Isagulova— clinical psychologist, head of the Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis (Poryadkovyj per., 21, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com.

**Abstract.** The increasing prevalence of auto-aggressive behavior (AAB) among adolescents is an important public health problem. The formation and repetition of AARP occurs under the influence of a number of psychological factors, such as depression, despair, impulsivity, planning, being influenced by the impulse, the duration of the problem, the lack of problem solving skills and anger. The aim of this work is to study the role of emotions and the ability to experience stress and frustration in adolescents with AAB. As part of the study, a study was also made of the influence of these factors on repeated AAB under conditions of control over the level of depression. The experimental group consisted of 45 patients aged 16 to 21 years, observed as a result of conscious intake of an excessive dose of drugs. The survey was conducted by providing participants with questionnaires to determine the level of depression, the experience of experiencing emotions and resistance to frustration and stress. The overall clinical control group included patients of the same age without a history of self-harm. An analysis was made of the relationship of factors and a comparison of indicators between groups with and without AAB, and between groups with primary and repeated episodes of AAB. The comparison results are presented and analyzed in terms of clinical application.

**Key words:** auto-aggressive behavior, emotions, resistance to frustration, dialectical behavioral therapy, adolescence.

### References

1. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostoyaniya u podrostkov (presuicidalnye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psixoterapevticheskoy pomoshi) [Crisis states in teenagers (presuicidal markers, personality features, crisis psychotherapeutic care strategies)]. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurnal* [Medical psychology in Russia: electron. Sci. Journal]. 2013. N 2 (19). <http://medpsy.ru>. (In Russ.)
2. Bek A., Frimen A. Kognitivnaya psihoterapiya rasstroystv lichnosti [Cognitive psychotherapy of personality disorders]. Sankt-Peterburg. 2019. 447 p. (In Russ.)
3. Vagin Yu. R. Korni suicidalnoj aktivnosti [Roots of suicidal activity]. *Suicidologiya* [Suicidal]. 2011. N 4. Pp. 32–48. (In Russ.)
4. Volikova S.V., Nifontova A.V., Holmogorova A.B. Shkol'noe nasilie (bullying) i suicidal'noe povedenie detej i podrostkov [School violence (bullying) and suicidal behavior of children and teenagers]. *Voprosy psihologii* [Issues of psychology]. 2013. N 2. Pp. 24–31. (In Russ.)
5. Dvornikova I.N., Kurenkova E.V. Osobennosti autoaggressivnogo povedeniya podrostkov v sovremenном obshchestve [Peculiarities of autoaggressive behavior of teenagers in modern society]. *Molodoy ucheniy* [Young scientist]. 2014. N 21 (1). Pp. 86-88. (In Russ.)

6. Lynen M.M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranichnogo rass-troystva lichnosti [Cognitive-behavioural therapy of border personality disorder]. Moskva–Sankt-Peterburg. 2018. 590 p. (In Russ.)
7. Malkova E.E., Naumova A.A. Features of interpersonal relationships of adolescent deviants [Peculiarities of interpersonal relations of teenagers-deviants]. *Bulletin of psychotherapy* [Journal of psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 130–138. (In Russ.)
8. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidalnoe povedenie u podrostkov. [Suicidal behavior in teenagers]. Sankt-Peterburg. 2017. 366 p. (In Russ.)
9. Hlusov I.I. Mediko-psihologicheskaya ocenka faktorov riska suicidalnogo povedeniya u licz raznyh vozrastnyh grupp [Medical and psychological assessment of risk factors of suicidal behavior in persons of different age groups]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 37 (42). Pp. 50–55. (In Russ.)
10. Centr internet-tehnologij «ROCIT» [Internet Technology Center "ROCIT"]. <https://rocit.ru/>. (In Russ.)
11. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018. N 9. Pp. 540.
12. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of adolescent health*. 2013. N 53. Pp. 4–12.
13. Ellis A., MacLaren K. Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapists Guide. NY: Impact Publishers. 2005. 176 p.
14. Gentile D.A., Lunch P.J., Linder J.R., Walsh D.A. The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors and school performance. 2004. Vol. 27, N 1. Pp. 5–22.
15. Kaess M., Parzer P., Mattern M. [et al.] Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2012. Vol. 206, N 2–3. Pp. 265–272.
16. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012. Vol. 6, N 1. Pp. 10.
17. Stanford S., Jones M.P. Psychological subtype detects pathological, impulsive and «normal» groups among adolescents who self-harm. *Child psychology Psychiatry*. 2009. N 50. Pp. 807–815.
18. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168, N 5. Pp. 495–501.

Received 25.12.2019

**For citing.** Isagulova E.Yu. Autoaggressivnoe povedenie u podrostkov i ego korrekiya metodom dialekticheskoy povedencheskoy terapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 31–45. (In Russ.)

Isagulova E.Yu. Auto-aggressive behavior in teenagers and its correction by the method of dialectic behavioral therapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 31–45.

# **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПСИХОДИАГНОСТИКА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА**

УДК 159.9

**Е.Н. Ашанина<sup>1</sup>, И.Ю. Кобозев<sup>2</sup>, А.С. Кубекова<sup>3</sup>**

## **ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

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

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

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский университет МВД России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1.);

<sup>3</sup> Астраханский государственный медицинский университет (Россия, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121).

Приведены результаты факторного анализа индивидуально-психологических характеристик больных с различными стадиями гипертонической болезни. С помощью многомерного факторного анализа выявлены ведущие психодиагностические показатели (факторы, симптомокомплексы), включая агрессивность и стратегии поведения в конфликтных ситуациях у больных со 2-й и 3-й стадиями гипертонической болезни. На основе этого сделан вывод о целесообразности использования симптомокомплексов личностных свойств (факторов) в качестве психотерапевтических и психокоррекционных «мишеней».

**Ключевые слова:** больной, гипертоническая болезнь, индивидуально-психологические характеристики, психологическая диагностика, психологическая коррекция, стрессоустойчивость, тревожность, агрессия, стратегия поведения, факторный анализ.

---

✉ Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук доцент, проф. каф. безопасности жизнедеятельности, экстрем. и радиац. Медицины, Всерос. центр 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;

Кобозев Игорь Юрьевич – канд. психол. наук доцент, зам. начальника каф. юридической психологии, Санкт-Петербургский ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1.), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Кубекова Алия Салаватовна – ст. препод. каф. психол. и педагогики, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121), e-mail: alya\_kubekova@mail.ru.

## **Введение**

Современные условия жизни, связанные с хроническим эмоциональным напряжением, приводят к росту количества больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [7]. Последние прочно удерживают первенство во многих странах мира с развитой экономикой и приводят к ранней инвалидизации, прежде всего мужского населения работоспособного возраста [7].

Актуальность взаимовлияния психической и соматической составляющих, роли психологических факторов в формировании и развитии агрессивного поведения, клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний не вызывает сомнений [1]. Эти заболевания относятся к психосоматическим, а манифестация их симптоматики включает механизмы неотреагированной агрессивной энергии.

Необходимо учитывать, что при исследовании личностных особенностей больных, которые страдают теми или иными заболеваниями, по-прежнему остаётся открытым вопрос о том, являются ли выявленные особенности преморбидными качествами личности или же они представляют собой результат влияния заболевания на личность.

Цель исследования – с помощью факторного анализа выявить ведущие индивидуально-психологические симптомокомплексы личностных свойств у больных со 2-й и 3-й стадиями гипертонической болезни для целей их психологической и психотерапевтической коррекции.

## **Материал и методы**

Для исследования психологических особенностей больных с гипертонической болезнью с различными стратегиями поведения в конфликтных ситуациях нами были обследованы две группы больных:

первая группа – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 2-й стадии, 74 человека;

вторая группа – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 3-й стадии, 73 человека.

Средний возраст больных составил  $46 \pm 3,6$  лет. Выборки были randomизированы по полу, возрасту, психосоматическому статусу, коморбидной патологии.

Исследование индивидуально-психологических особенностей больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий осуществлялось с использованием следующих психодиагностических методик:

- характерологический опросник по определению акцентуаций (К. Леонгард) [5];
- тест на выявление уровня тревожности (Ч. Спилбергер в модификации Ханина) [3];
- методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Т. Холмс и Р. Раге) [2];
- опросник по определению индекса агрессивности и враждебности (А. Басс и А. Дарки) [8];
- проектная методика исследования характерологических особенностей личности «Hand-тест» (Э. Вагнер, Б. Брайкли, З. Пиотровский) [6];
- Тест на выявление склонности к конфликтному поведению (Томас-Килманн, 1981, адаптирован Н.В. Гришиной) [4].

Для статистического анализа данных использовался факторный анализ с помощью пакеты программ SPSS Statistics, Statistica 12.0, Microsoft Excel.

### **Результаты и их анализ**

Для выявления ведущих симptomокомплексов индивидуально-психологических особенностей личности, включая агрессивность и стратегии поведения в конфликтных ситуациях у больных со 2-й и 3-й стадиями гипертонической болезни нами был использован многомерный факторный анализ методом главных компонент. Данный статистический метод позволил сгруппировать и выделить наиболее значимые психодиагностические показатели индивидуально-психологических особенностей больных с различными стадиями гипертонической болезни.

Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик первой группы больных с гипертонической болезнью 2-й стадии позволил выделить 5 факторов с суммарной дисперсией, охватывающей 77,32 % полученных показателей (табл. 1).

В состав первого фактора F1 (Дп – 21,29 %) вошли 10 показателей, большая часть из которых принадлежат к тесту руки Э. Вагнера. Исходя из состава компонентов, вошедших в первый фактор F1, он был нами назван «Приспособление к социуму и подавление агрессии», ведущую роль в нём играют показатели теста руки Э. Вагнера («коммуникация», «аффектация», «зависимость», «страх»), относящиеся к категории ответов, указывающих на преобладание в поведении первой группы больных действий, направленных на приспособление к социальной среде, с незначительной вероятностью проявления открытого агрессивного поведения. При этом в данной

группе больных могут проявляться элементы раздражения в виде готовности к проявлению негативных чувств в случае возникновения стрессовых ситуаций. Наличие в факторе пассивной копинг-стратегии «избегание» (тест Томаса–Килманна) подтверждает стремление данной группы больных к сдерживанию открытого проявления агрессии в поведении.

Таблица 1  
Состав первого фактора группы больных с гипертонической болезнью 2 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 (Дп – 21,29 %) «Приспособление к социуму и подавление агрессии»	– коммуникация, тест руки Э. Вагнера	0,822
	– описание, тест руки Э. Вагнера	0,806
	– аффектация, тест руки Э. Вагнера	0,762
	– галлюцинации, тест руки Э. Вагнера	0,745
	– зависимость, тест руки Э. Вагнера	0,627
	– страх, тест руки Э. Вагнера	0,620
	– эксгибиционизм, тест руки Э. Вагнера	0,784
	– раздражение, методика Басса-Дарки	0,587
	– директивность, тест руки Э. Вагнера	0,554
	– избегание, тест Томаса–Килманна	0,504
F2 (Дп – 18,78 %) «Тревожность»	– ситуативная тревожность, методика Спилбергера	0,803
	– стрессоустойчивость, методика Холмса Раге	0,730
	– личностная тревожность, методика Спилбергера	0,692
	– возбудимый тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	-0,657
	– тревожный тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	0,590
F3 (Дп – 15,27 %) «Внешняя агрессия»	– физическая агрессия, опросник А. Басса и А. Дарки	0,715
	– индекс агрессии, опросник А. Басса и А. Дарки	0,640
	– отказ от ответа, тест руки Э. Вагнера	-0,539
F4 (Дп – 12,88 %) «Напряжение»	– напряжение, тест руки Э. Вагнера	0,502
	– циклотимная акцентуация, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	0,501
F5 (Дп – 8,49 %) «Амбивалентность»	– приспособление, тест Томаса–Килманна	0,766
	– конкуренция, тест Томаса–Килманна	-0,753

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 18,78 %) вошли преимущественно показатели, связанные с тревожностью и стрессоустой-

чивостью (см. табл. 1), в частности, ситуативная и личностная тревожность (методика Спилбергера), тревожный тип акцентуации характера (методика К. Леонгарда). Два других показателя связаны с возбудимыми чертами характера и пороговой стрессоустойчивостью (281,67 балла, средний показатель в группе), близкой к низким показателям, что в целом указывает на высокие внутреннее психологическое напряжение и тревожность в рассматриваемой группе больных. Исходя из вышесказанного и преобладания в факторе показателей тревожности (3 из 5), второй фактор был нами назван фактором «тревожность».

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 15,27 %) вошли преимущественно показатели, связанные с агрессивным поведением (см. табл. 1). На первом и втором местах в третьем факторе F3 присутствуют показатель «физическая агрессия» и интегральный показатель агрессивности «индекс агрессии» из состава опросника А. Басса и А. Дарки. В свою очередь, «индекс агрессии» включает в себя показатели шкал «физическая агрессия», «раздражение», «вербальная агрессия», указывающие на преобладании в поведении исследуемой группы больных проявлений открытой внешней агрессии как на вербальном, так даже и на физическом уровне, что также косвенно свидетельствует об их высоком внутреннем напряжении, выливающемся на окружающих в виде агрессивных актов. Присутствие в составе факторов показателя «отказ от ответов» теста руки Э. Вагнера может указывать на стремление к сдерживанию агрессивных проявлений в рассматриваемой группе больных с гипертонической болезнью 2-й стадии. Исходя из вышесказанного, третий фактор F3 нами был назван фактором «внешней агрессии».

В состав четвёртого по значимости фактора F4 (Дп – 12,88 %) вошли показатели, связанные с перепадами настроения и напряжённым состоянием (см. табл. 1). Внутреннее напряжение в четвёртом факторе связано с частыми периодическими сменами настроения, чередующимися гипертимными и дистимными состояниями, что отражается на поведении второй группы больных в плане частой смены манеры общения с окружающими, фазы активности и повышенной говорливости сменяются состоянием подавленности, молчаливости, раздражительности и гневливости, что приводит к конфликтному поведению и провоцированию дополнительных негативных переживаний, общей внутренней напряжённости. Исходя из этого, данный фактор мы назвали «напряжение», т. к., по нашему мнению, именно эта личностная характеристика является ведущей в рассматриваемом факторе.

В состав пятого по значимости фактора F5 (Дп – 8,49 %) вошли показатели, также связанные с использованием амбивалентных копинг-стратегий «приспособление» и «конкуренция», выявляемых с помощью теста Томаса–Килманна (см. табл. 1). Преобладание в поведении копинг-стратегии «приспособление» предполагает ущемление собственных интересов ради интересов других, тогда как «конкуренция» предполагает стремление к удовлетворению в первоочередном порядке собственных интересов в ущерб интересам окружающих. В целом можно говорить о продолжении циклотимических тенденций в поведении больных второй группы, только в данном случае проявляющихся в первую очередь во взаимодействии с окружающими. В связи с вышесказанным пятый фактор F5 нами был назван «амбивалентность».

Далее нами был проведён факторный анализ индивидуально-психологических характеристик третьей группы больных с гипертонической болезнью 3-й стадии, в результате были выделены 5 факторов с суммарной дисперсией, охватывающей 68,93 % полученных показателей (табл. 2).

В состав первого фактора F1 (Дп – 20,81 %) вошли 9 показателей, относящихся к тесту руки Э. Вагнера. Так же, как и у больных второй группы (с гипертонической болезнью 2-й стадии), рассмотренных ранее, у больных третьей группы (с гипертонической болезнью 3-й стадии) в первый, наиболее весомый фактор вошли показатели «описания», «страха», «аффектации», «коммуникации» и «зависимости», указывающие на стремление данной группы больных к приспособлению и адаптации к социальной среде и малой вероятности агрессивного поведения. Вместе с тем в первом факторе F1 третьей группы больных присутствуют категории «директивность», «экстгибиционизм», «галлюцинации» и «активные безличные ответы», свидетельствующие о стремлении к демонстративному поведению, активности, управлению окружающими на основе своих представлений, зачастую не совсем соответствующих реальности. Поэтому можно предполагать доминирование в третьей группе больных манипулятивного поведения, когда, с одной стороны, демонстрируется стремление к приспособлению к окружающим, но, с другой стороны, присутствует стремление управлять происходящим и быть в центре внимания окружающих. Поэтому данный фактор мы назвали «манипулятивное поведение».

Таблица 2

Состав первого фактора группы больных с гипертонической болезнью 3 стадии

Фактор и его факторный вес	Переменные (показатели, тесты)	Факторная нагрузка
F1 (Дп – 20,81 %) «Манипулятивное поведение»	– описание, тест руки Э. Вагнера	0,867
	– галлюцинации, тест руки Э. Вагнера	0,853
	– эксгибиционизм, тест руки Э. Вагнера	0,785
	– страх, тест руки Э. Вагнера	0,746
	– аффектация, тест руки Э. Вагнера	0,744
	– активные безличные ответы, тест руки Э. Вагнера	0,698
	– зависимость, тест руки Э. Вагнера	0,655
	– директивность, тест руки Э. Вагнера	0,629
	– коммуникация, тест руки Э. Вагнера	0,628
F2 (Дп – 19,12 %) «Акцентуирован- ность и тревож- ность»	– экзальтированный тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	-0,831
	– гипертический тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	-0,729
	– демонстративный тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	-0,671
	– тревожный тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	0,649
	– возбудимый тип акцентуации, методика акцентуаций характера К. Леонгарда	-0,629
	– избегание, тест Томаса-Килманна	0,614
	– личностная тревожность, методика Спилбергера	0,584
	– стрессоустойчивость, методика Холмса Раге	0,566
	– ситуативная тревожность, методика Спилбергера	0,505
F3 (Дп – 12,50 %) «Внешняя вербальная агрессия»	– пассивные безличные ответы, тест руки Э. Вагнера	-0,665
	– вербальная агрессия, методика А. Басса и А. Дарки	0,653
	– напряжение, тест руки Э. Вагнера	-0,649
	– индекс агрессии, методика А. Басса и А. Дарки	0,624
F4 (Дп – 9,45 %) «Сотрудничество и педантизм»	– конкуренция, тест Томаса-Килманна	0,797
	– компромисс, тест Томаса-Килманна	-0,583
	– сотрудничество, тест Томаса-Килманна	-0,561
	– педантическая акцентуация, методика акцен- туаций характера К. Леонгарда	-0,528
F5 (Дп – 7,05 %) «физическая ущербность и агрессивность»	– увечность, тест руки Э. Вагнера	-0,768
	– физическая агрессия, методика А. Басса и А. Дарки	0,572
	– приспособление, тест Томаса-Килманна	-0,566

В состав второго по значимости фактора F2 (Дп – 19,12 %) вошли 9 показателей, связанных с акцентуациями, тревожностью, стрессоустойчивостью и пассивным типом копинг-поведения (см. табл. 2). Исходя из состава второго фактора F2, у больных третьей группы можно отметить высокую лабильность психики, легкомысленность и повышенную активность, стремление командовать окружающими, быть на виду, занимать исключительное положение (акцентуации «экзальтированность», «гипертимность», «демонстративность», имеющие наибольший вес в факторе). При этом присутствуют «тревожный» и «возбудимый» типы акцентуаций, указывающие на импульсивность, раздражительность и вспыльчивость, которые могут сопровождаться чувством неуверенности в себе, неполноценности и повышенной тревожности.

Тревожность в данном факторе F2 играет также значимую роль, поскольку о её высоком уровне свидетельствуют показатели тревожной акцентуации методики К. Леонгарда, личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера при пороговом (ближе к низкому) уровне стрессоустойчивости (266) по методике Холмса. При этом значимую роль в факторе играет копинг-стратегия «избегание», указывающая на отсутствие стремления к кооперации с другими и активного стремления к достижению собственных целей. В целом состав второго фактора F2 носит достаточно противоречивый характер, поэтому нами было подобрано ему название в соответствии с ведущими показателями – «акцентуированность и тревожность».

В состав третьего по значимости фактора F3 (Дп – 12,5 %) вошли 4 показателя, связанные в большей степени с агрессивным поведения (см. табл. 2). Прежде всего в третьем факторе F3 обращает на себя внимание присутствие двух показателей методики А. Басса и А. Дарки «вербальная агрессия» и интегральный показатель «индекс агрессивности», включающий в себя показатели шкал «физическая агрессия», «раздражение», «вербальная агрессия» указывающие на преобладании в поведении третьей группы больных проявлений открытой внешней агрессии, как на вербальном, так и на физическом уровне, что также косвенно свидетельствует об их высоком внутреннем напряжении, выливающемся на окружающих в виде агрессивных актов. На напряжение указывает присутствие в факторе показателей «напряжение» и «пассивные безличные ответы» теста руки Э. Вагнера. В целом, исходя из вышеупомянутых характеристик, третий фактор F3 нами был назван «внешняя вербальная агрессия», по наиболее выделяющемуся показателю фактора.

В состав четвёртого по значимости фактора F4 (Дп – 9,45 %) вошли 4 показателя, связанные преимущественно с копинг-стратегиями больных третьей группы (см. табл. 2). Состав четвёртого фактора F4 представлен тремя копинг-стратегиями «конкуренция», «компромисс» и «сотрудничество» полученными с помощью теста Томаса–Килманна. Данные стратегии по своей направленности противоположно направленны, т. к. «конкуренция» предполагает преследование собственных интересов в ущерб интересам других, а «компромисс» и «сотрудничество» предполагают поиск вариантов и альтернатив, полностью удовлетворяющих интересы всех взаимодействующих сторон. Кроме того, в рассматриваемый фактор вошёл «педантичный» тип акцентуации по методике К. Леонгарда, что указывает на ригидные черты характера, инертность психических процессов, зацикленности и долгом переживании травмирующих событий. Такие люди характеризуются большей пассивностью, стремлением во всём к порядку, пунктуальности, добросовестности, самокритике и формализму. Поэтому, исходя из вышеприведённого анализа состава четвёртого фактора F4, для него нами было предложено название «сотрудничество и педантизм», в соответствии с ведущими показателями фактора.

В состав пятого по значимости фактора F5 (Дп – 7,05 %) вошли 3 показателя, связанные с агрессивностью, чувством физической неадекватности и стремлением к приспособлению больных третьей группы (см. табл. 2). Показатель «увечность» теста руки Э. Ванера отражает чувства больных третьей группы, связанные с переживанием физической неадекватности, деформированности и ущербности, что, по всей видимости, является проекцией внутренних переживаний своей болезни. По всей видимости, данное чувство может быть связано с использованием физической силы в спорных ситуациях, на что указывает показатель «физическая агрессия» методики А. Басса и А. Дарки. Данные показатели вступают в противоречие с использованием копинг-стратегии «приспособление» теста Томаса–Килманна, говорящей о принесении в жертву собственных интересов ради другого, хотя, возможно, именно этим «жертвованием» обосновывается возможность применения физической агрессии при необходимости. Исходя из этого, данному фактору было дано название «физическая ущербность и агрессивность».

Далее мы анализировали качественный состав выявленных факторов у больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Качественный состав факторов больных с гипертонической болезнью  
2-й и 3-й стадий

Фактор и его факторный вес	
больных с гипертонической болезнью 2-й стадии	больных с гипертонической болезнью 3-й стадии
F <sub>1</sub> «Приспособление к социуму и подавление агрессии», 10 переменных, ДП – 21,29 %	F <sub>1</sub> «Манипулятивное поведение», 9 переменных, ДП – 20,81 %
F <sub>2</sub> «Тревожность», 5 переменных, ДП – 18,78 %	F <sub>2</sub> «Акцентуированность и тревожность», 9 переменных, ДП – 19,12 %
F <sub>3</sub> «Внешняя агрессия», 3 переменные, 15,27 %	F <sub>3</sub> «Внешняя вербальная агрессия», 4 переменные, ДП – 12,5 %
F <sub>4</sub> «Напряжение», 2 переменные, 12,88 %	F <sub>4</sub> «Сотрудничество и педантизм», 9 переменных, ДП – 9,45 %
F <sub>5</sub> «Амбивалентность», 2 переменные, 8,49 %	F <sub>5</sub> «Физическая ущербность и агрессивность», 4 переменные, ДП – 7,05 %
Суммарная дисперсия – 77,32 %	Суммарная дисперсия – 68,93 %

Факторная структура показателей у больных второй группы (с гипертонической болезнью 3-й стадии) оказывается менее интегрированной и охватывает меньшее количество психодиагностических показателей, что указывает на их более разнородную и противоречивую структуру.

Таким образом, структура факторов индивидуально-психологических показателей у больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадиями достаточно схожа и указывает на значимое влияние подавляемой агрессивности и тревожности на их текущее поведение и отношения с окружающими. Можно предположить существенный вклад данных индивидуально-психологических характеристик больных в возникновение и развитие у них сердечно-сосудистых заболеваний как результат использования дезадаптивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

В целом факторный анализ индивидуально-психологических показателей у больных с различными стадиями гипертонической болезни позволил выявить наиболее значимые психодиагностические конструкты (симптомокомплексы личностных свойств), детерминирующие их текущее психологическое состояние, что необходимо учитывать при выборе методов психологической коррекции и психотерапевтического лечения.

## Выводы

1. Факторная структура индивидуально-психологических показателей больных с гипертонической болезнью 2-й стадии свидетельствует об

их подавленной агрессивности, повышенной тревожности и сниженной стрессоустойчивости при доминировании пассивных стратегий поведения в конфликтных ситуациях и накоплении внутреннего напряжения.

2. Факторная структура индивидуально-психологических показателей больных с гипертонической болезнью 3-й стадии во многом схожа с факторной структурой индивидуально-психологических показателей больных с гипертонической болезнью 2-й стадии, что свидетельствует о преобладании у них схожих психических состояний, при этом обращает на себя внимание проявляющееся у них ощущение собственной ущербности, более низкой стрессоустойчивости и более высокой тревожности при стремлении манипулировать окружающими с использованием своей болезни и агрессивных выпадов на вербальном уровне.

3. Общие результаты факторного анализа индивидуально-психологических характеристик больных с различными стадиями гипертонической болезни убедительно свидетельствуют о влиянии на текущее психическое состояние повышенного уровня сдерживающей агрессии, высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, а также преобладании негативных стратегий поведения в конфликтных ситуациях. Это необходимо учитывать в качестве психокоррекционных (психотерапевтических) «мишеней» при выборе методов психологической коррекции и психотерапевтического лечения.

### **Литература**

1. Бойцов С.А., Демкина А.Е., Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 3. – С. 53–59.
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.
3. Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб. : Речь, 2002. – 176 с.
4. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. – СПб. : Речь, 2010. – 144 с.
5. Кортнева Ю.В. Диагностика актуальной проблемы. Методика Леонгарда–Шмишека. – М. : ИОИ, 2004. – 240 с.
6. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-test». Методическое руководство. – СПб. : ИМАТОН, 2001. – 64 с.
7. Максимова Ж.В., Максимов Д.М. Артериальная гипертония у лиц трудоспособного возраста: гендерные особенности и взаимосвязь с уровнем образования // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 2. – С. 24–32.
8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – М. : Бахрах-М, 2006. – 672 с.

Поступила 02.03.2020

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

**Для цитирования.** Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Факторный анализ индивидуально-психологических характеристик больных с различными стадиями гипертонической болезни // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 46–58.

---

## FACTOR ANALYSIS OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF HYPERTENSION

Ashanina E.N.<sup>1</sup>, Kobozev I.Yu.<sup>2</sup>, Kubekova A.S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov Str., 1, St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Astrakhan State Medical University (Baku Str., 121, Astrakhan, Russia).

 Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci. Assistant Prof., Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine, 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;

Igor Yurievich Kobozev – PhD Psychol. Sci., lecturer, Deputy head of the Department of Legal Psychology, St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov Str., 1, St. Petersburg, 198206, Russia), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Aliya Salavatovna Kubekova – senior teacher of Department of Psychology and Pedagogy, Astrakhan State Medical University (Baku Str., 121, Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: alya\_kubekova@mail.ru.

**Abstract.** The results of a factor analysis of the individual psychological characteristics of patients with various stages of hypertension are presented. Using multivariate factor analysis, leading psychodiagnostic indicators (factors, symptom complexes) were identified, including aggressiveness and behavioral strategies in conflict situations in patients with stages 2 and 3 of hypertension. Based on this, it was concluded that it is advisable to use symptom complexes of personal properties (factors) as psychotherapeutic and psychocorrectional «targets».

**Key words:** patient, hypertension, individual psychological characteristics, psychological diagnostics, psychological correction, stress tolerance, anxiety, aggression, behavior strategy, factor analysis.

## References

1. Boytsov S.A., Demkina A.E., Oshchepkova E.V., Dolgusheva Y.A. Dostizheniya i problemy prakticheskoy kardiologii v Rossii na sovremennom etape [Progress and Problems of Practical Cardiology in Russia at the Present Stage]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2019. Vol. 59. N 3. Pp. 53–59. (In Russ.)
2. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)
3. Diagnostika emocionalno-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Ed. Dermanova I.B. Sankt-Peterburg. 2002. 176 p. (In Russ.)
4. Dukhnovsky S.V. Diagnostika mezhlichnostnyh otnoshenij [Diagnostics of interpersonal relationships]. Sankt-Peterburg. 2010. 144 p. (In Russ.)
5. Kortneva Yu.V. Diagnostika aktualnoj problemy. Metodika Leongarda-Shmisheka [Diagnosis of an actual problem. Methodology Leonhard-Schmishek]. Moskva. 2004. 240 p. (In Russ.)
6. Kurbatova T.N., Mulyar O.I. Proektivnaya metodika issledovaniya lichnosti «Hand-test» [The projective methodology for the study of personality «Hand-test». Methodical guide]. Sankt-Peterburg. 2001. 64 p. (In Russ.)
7. Maksimova Z.V., Maksimov D.M. Arterialnaya gipertoniya u licz trudospособnogo vozrasta: gendernye osobennosti i vzaimosvyaz s urovnem obrazovaniya [Hypertension in working age population: influence of gender and education]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2020. Vol. 60. N 2. Pp. 24–32. (In Russ.).
8. Raygorodsky D.Ya. Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Moskva. 2006. 672 p. (In Russ.)

Received 02.03.2020

**For citing.** Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Faktornyj analiz individualno-psihologicheskix harakteristik bolnyh s razlichnymi stadiyami gipertoničeskoy bolezni. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 46–58. (**In Russ.**)

Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Factor analysis of individual psychological characteristics of patients at different stages of hypertension. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 46–58.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**

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

Проведено изучение качества жизни и смысложизненных ориентаций у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) с somатической (терапевтической) патологией. Результаты исследования свидетельствуют об общем снижении физического, эмоционального и социального функционирования у ЛПА на ЧАЭС с somатической патологией. По сравнению с контрольной группой у ЛПА на ЧАЭС также отмечено достоверное снижение интереса к жизни, ее эмоциональной насыщенности, снижение локус контроля – Я как веры в собственные силы. Однако другие важные смысложизненные ориентации у ЛПА на ЧАЭС соответствуют смысложизненным ориентациям практически здоровых мужчин аналогичного возраста и отражают наличие целей в жизни, удовлетворенность жизнью и самореализацией, управляемость жизнью и ее сознательным контролем.

**Ключевые слова:** качество жизни, ликвидаторы последствий аварии, смысложизненные ориентации, Чернобыльская АЭС.

---

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч. и учебной работе, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

✉ Санников Максим Валерьевич – канд. мед. наук, вед. научн. сотрудник, зам. заведующего научно-исслед. отделом «Медицинский регистр МЧС России», Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: smakv@mail.ru;

Савельева Мария Владимировна – науч. сотрудник научно-исслед. отдела организации науч. деят-ти, Всерос. центр экстренной и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: savelievamariya@gmail.com.

## **Введение**

Крупномасштабная радиационная авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) в 1986 г. выдвинула проблему сохранения здоровья пострадавших и определила высокую актуальность оказания доступной медицинской помощи и мониторинга психологического состояния пострадавших [1]. Одной из основных групп риска среди пострадавших в аварии на Чернобыльской АЭС, являются непосредственные участники ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС): военнослужащие, сотрудники МВД России, гражданский персонал, командированный в зону катастрофы для ликвидации ее последствий [1].

По данным Национального радиационно-эпидемиологического регистра, в 2015 г. категория пострадавших в аварии на ЧАЭС составляла 710 697 человек, среди которых 197 123 ликвидатора последствий аварии [2].

По данным С.С. Алексанина с соавторами [1], состояние здоровья ЛПА на ЧАЭС характеризуется высоким уровнем соматической (терапевтической) патологии, преимущественно кардиологического и гастроэнтэрологического профиля. Эта патология детерминирует высокие уровни психосоматических нарушений, снижение качества жизни и изменение структуры личностных ценностей.

В ситуации хронической соматической патологии вся система жизнедеятельности человека претерпевает существенные изменения, что непосредственно отражается на его физическом и эмоциональном состоянии и удовлетворенности жизнью, а также на ценностно-мотивационной сфере личности.

Целью исследования явилось сравнение показателей качества жизни и смысложизненных ориентаций у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и практических здоровых лиц контрольной группы.

## **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе клинических отделов (отделений) терапевтического профиля многопрофильных клиник № 1 и № 2 Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. Обследован 101 ликвидатор последствий аварии на ЧАЭС, которые поступили в плановом порядке для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с терапевтической патологией (болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь

сердца, цереброваскулярные болезни, атеросклероз и др.), болезни пищеварительной системы (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит, диспепсия, хронический панкреотит, хронический холецистит и др.), болезни нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия, дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника), болезни эндокринной системы (сахарный диабет), болезни органов дыхания (ХОБЛ) и др.). Средний возраст пациентов:  $65,2 \pm 0,7$  лет.

Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью опросника «SF-36» [3, 6], применяли адаптированную российскую версию опросника [3]. «SF-36» включает 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал. Шкалы опросника оценивают физическое функционирование, способность справляться с физическими нагрузками, выраженность ограничений в повседневной деятельности из-за физического и эмоционального состояния, интенсивность боли, социальное функционирование, психическое здоровье, энергичность, общее состояние здоровья (физическое и психологическое). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов соответствуют полному здоровью. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Смысложизненные ориентации оценивали с помощью теста «Смысложизненные ориентации (СЖО)» Д.А. Леонтьева [4], который включает 20 вопросов, отражающих общий показатель осмысленности жизни и 5 отдельных смысложизненных ориентаций (5 субшкал): «цели в жизни», «интерес к жизни», «удовлетворенность жизнью», «локус контроля – Я» (собственные силы) и «локус контроля – Жизнь» (управляемость жизни).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2010, SPSS for Windows Version 22.0. Применялись вариационный анализ (вычисление и описание средних значений ( $M$ ) и ошибок среднего арифметического ( $m$ ) [5], а также их сравнение по  $t$ -критерию Стьюдента для разновеликих несвязанных выборок).

## **Результаты и их обсуждение**

Полученные нами с помощью опросника «Качество жизни» данные по ЛПА на ЧАЭС приведены в табл. 1. В качестве контрольной группы мы использовали данные, полученные А.А. Новиком и Т.И. Ионовой [6] на репрезентативной выборке мужчин из числа здорового населения г. Санкт-Петербурга, приведенные В.И. Евдокимовым с соавторами [3].

Таблица 1

Показатели теста «Качество жизни» у ЛПА на ЧАЭС и здоровых лиц ( $M \pm m$ )

Качество жизни	ЛПА на ЧАЭС с соматической патологией (n = 101)	Контрольная группа, здоровые лица (n = 895)	p <
Физическое функционирование (ФФ)	$59,6 \pm 2,5$	$83,7 \pm 0,6$	0,01
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ)	$33,5 \pm 3,7$	$70,5 \pm 1,9$	0,01
Интенсивность боли (ИБ)	$48,1 \pm 2,0$	$69,4 \pm 1,1$	0,01
Общее состояние здоровья (ОЗ)	$47,3 \pm 1,6$	$57,5 \pm 1,2$	0,05
Жизненная активность (ЖА)	$51,9 \pm 1,9$	$60,1 \pm 1,0$	0,05
Социальное функционирование (СФ)	$46,4 \pm 1,2$	$71,6 \pm 1,1$	0,001
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭ)	$48,7 \pm 4,1$	$70,9 \pm 1,9$	0,01
Психическое здоровье (ПЗ)	$63,0 \pm 1,6$	$61,8 \pm 0,9$	–

У ЛПА на ЧАЭС отмечается в сравнении с лицами контрольной группы значительное ухудшение по показателям: «физическое функционирование» ( $p < 0,01$ ), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ( $p < 0,01$ ), «интенсивность боли» ( $p < 0,01$ ), «общее состояние здоровья» ( $p < 0,05$ ), «жизненная активность» ( $p < 0,05$ ), «социальное функционирование» ( $p < 0,001$ ), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ( $p < 0,01$ ). Из-за ухудшения общего состояния здоровья и выраженного болевого синдрома у пациентов снижается толерантность к физическим нагрузкам, связанным с обычной жизнедеятельностью, таким как ходьба, поднятие незначительных тяжеостей или подъем по лестнице. Физическое состояние начинает ограничивать повседневную жизнедеятельность пациентов. Снижение показателей этих шкал свидетельствует о том, что пациенты из числа ЛПА на ЧАЭС испытывают физические ограничения на фоне снижения жизненной активности и ухудшения состояния здоровья, что обусловлено их соматической патологией и психологическим состоянием.

Следовательно, результаты сравнения показателей качества жизни по тесту «SF-36» у ЛПА на ЧАЭС и лиц контрольной группы свидетельствуют об общем снижении физического, эмоционального и социального функционирования у ЛПА на ЧАЭС.

Автор теста «Смысложизненные ориентации» («СЖО») известный психолог Д.А. Леонтьев отмечает, что показатели теста не имеют устойчи-

вых связей с полом, возрастом, уровнем образования, IQ, религиозностью и доходом. Тем не менее Д.А. Леонтьев предлагает рассматривать показатели теста «СЖО» здоровых людей с учетом гендерных различий, т. е. отдельно у мужчин и женщин. В нашем исследовании отбор участников по гендерному признаку не проводился, но т. к. ЛПА на ЧАЭС в абсолютном большинстве мужчины, у нас есть возможность сравнить их с выборкой психически здоровых мужчин [4].

Анализ показателей теста «СЖО» у ЛПА на ЧАЭС и лиц контрольной группы представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Результаты сравнения смысложизненных ориентаций  
у ЛПА на ЧАЭС и лиц контрольной группы ( $M \pm m$ )

Смысложизненные Ориентации (СЖО)	ЛПА на ЧАЭС (n = 101)	Контрольная группа (n = 100)	p <
Цели в жизни (наличие целей)	32,74 ± 0,61	32,90 ± 0,59	–
Процесс (эмоциональная насыщенность жизни, интерес к жизни)	29,00 ± 0,55	31,09 ± 0,44	0,05
Результативность (удовлетворённость самореализацией, жизнью)	26,21 ± 0,53	25,46 ± 0,43	–
Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни, собственные силы)	20,10 ± 0,40	21,13 ± 0,39	0,05
Локус контроля – Жизнь (управляемость жизни)	30,16 ± 0,64	30,14 ± 0,58	–
Общий показатель СЖО	99,26 ± 1,49	103,10 ± 1,53	0,05

У ЛПА на ЧАЭС отмечается в сравнении с лицами контрольной группы изменения по трем показателям: «процесс» ( $p < 0,05$ ), «локус контроля – Я» ( $p < 0,05$ ) и «общий показатель СЖО» ( $p < 0,05$ ).

Следовательно, по сравнению с контрольной группой у ЛПА на ЧАЭС отмечено достоверное снижение интереса к жизни, ее эмоциональной насыщенности, а также снижение локус контроля – Я как веры в собственные силы и интегрального показателя СЖО. Однако другие важные смысложизненные ориентации у ЛПА на ЧАЭС соответствуют смысложизненным ориентациям практических здоровых мужчин аналогичного возраста и отражают наличие целей в жизни, удовлетворенность жизнью и самореализацией, управляемость жизнью и ее сознательным контролем.

## **Заключение**

Важными критериями качества жизни и удовлетворенности ею являются самооценка состояния здоровья, его физического и психологического компонентов, удовлетворенности определенными сторонами жизни, а также смысложизненные ориентации как ценности жизни.

У ЛПА на ЧАЭС отмечено в сравнении с лицами контрольной группы значительное и статистически достоверное ухудшение по показателям: «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «интенсивность боли», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием». Из-за ухудшения общего состояния здоровья и болевого синдрома у пациентов снижена толерантность к физической нагрузке, связанной с обычной жизнедеятельностью (ходьба, поднятие незначительных тяжестей, подъем по лестнице). Физическое состояние ограничивает повседневную жизнедеятельность ЛПА на ЧАЭС, которые испытывают физические ограничения на фоне снижения жизненной активности и ухудшения состояния здоровья, что обусловлено их соматической патологией и психологическим состоянием.

По сравнению с контрольной группой у ЛПА на ЧАЭС отмечено достоверное снижение интереса к жизни, ее эмоциональной насыщенности, а также снижение локус контроля – Я как веры в собственные силы и интегрального показателя выраженности смысложизненных ориентаций. Однако другие важные смысложизненные ориентации у ЛПА на ЧАЭС соответствуют смысложизненным ориентациям практических здоровых мужчин аналогичного возраста и отражают наличие целей в жизни, удовлетворенность жизнью и самореализацией, управляемость жизнью и ее сознательным контролем.

## **Литература**

1. 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, опыт медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / под ред. С.С. Алексанина. – СПб. : Политехника-принт, 2016. – 506 с.
2. Медицинские радиологические последствия Чернобыля: прогноз и фактические данные спустя 30 лет / под общ. ред. чл.-корр. РАН В.К. Иванова, чл.-корр. РАН А.Д. Каприна. – М. : ГЕОС, 2015. – 450 с.
3. Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губина О.И. Качество жизни: оценка и системный анализ. – Воронеж : ИСТОКИ, 2007. – 242 с.
4. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). – М. : Смысл, 2000. – 18 с.

5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
7. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 36–38.

Поступила 10.03.2020

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

**Для цитирования.** Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Санников М.В., Савельева М.В. Качество жизни и смысложизненные ориентации у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 59–67.

---

**THE QUALITY OF LIFE AND MEANINGFUL LIFE ORIENTATIONS IN LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE CHERNOBYL ACCIDENT IN THE DISTANT PERIOD**

**Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Sannikov M.V., Savelyeva M.V.**

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

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Viktor Yurjevich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: rvikirina@mail.ru;

✉ Maksim Valerevich Sannikov – PhD. Med. Sci., Deputy Head, Emercom of Russia Medical Register Research Department, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: smakv@mail.ru;

Maria Vladimirovna Savelyeva – Research associate, Research Department for Organization of Scientific Activity, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: savelievamariya@gmail.com.

**Abstract.** A study of the quality of life and meaningful life orientations were studied in liquidators of the consequences of the accident at the Chernobyl nuclear power plant with somatic pathology in comparison with the control group. The results of the study indicate a general decrease in the physical, emotional and social functioning in the liquidators with somatic pathology. Compared with the control group, the liquidators also showed a significantly decreased interest in life, its emotional saturation, and weaker internal locus of control as their belief in own strength. However, other important meaningful life orientations of the liquidators are similar to that of healthy men of the same age and reflect the existence of goals in life, satisfaction with life and self-realization, life controllability, and conscious control over of life.

**Key words:** quality of life, liquidators of the consequences of the accident, meaningful life orientation, Chernobyl NPP.

## References

1. 30 let posle Chernobyla: patogeneticheskie mekhanizmy formirovaniya somaticeskoy patologii, opyt medicinskogo soprovozhdeniya uchastnikov likvidacii posledstvij avarii na Chernobylskoj atomnoj elektrostancii: monografiya [30 years after Chernobyl: pathogenetic mechanisms of formation of somatic pathology, medical support of participants in elimination of consequences of accident at Chernobyl nuclear power plant: monograph]. Ed. : S.S. Aleksanina. Sankt-Peterburg. 2016. 506 p. (In Russ.)
2. Medicinskie radiologicheskie posledstviya Chernobyla: prognoz i fakticheskie dannye spustya 30 let [Medical radiological consequences of Chernobyl: forecast and actual data after 30 years]. Ed. : V.K. Ivanova, A.D. Kaprina. Moskva. 2015. 450 p. (In Russ.)
3. Evdokimov V.I., Esaulenko I.E., Gubina O.I. Kachestvo zhizni: ocenka i systemnyj analiz [Quality of life: assessment and system analysis]. Voronezh. 2007. 242 p. (In Russ.)
4. Leontev D.A. Test smyslozhiznennyh orientacii (SZHO) [Test of Meaning Orientation (SMO)]. Moskva. 2000. 18 p. (In Russ.)
5. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psihologii [Methods of mathematical processing in psychology Methods of mathematical processing in psychology]. Sankt-Peterburg. 2007. 350 p. (In Russ.)
6. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guide to Research of Quality of Life in Medicine]. Ed. : YU.L. Shevchenko. Moskva. 2007. 320 p. (In Russ.)
7. Afanaseva E.V. Ocenna kachestva zhizni, svyazannogo so zdorovem [Quality of life assessment related to health]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice]. 2010. N 1. Pp. 36–38. (In Russ.)

Received 10.03.2020

**For citing.** Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Sannikov M.V., Savel'eva M.V. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennye orientacii u likvidatorov posledstvij avarii na Chernobyl'skoj AES v otdalennom periode. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 59–67. (In Russ.)

Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Sannikov S.S., Savelyeva M.S. The quality of life and meaningful life orientations in liquidators of the consequences of the Chernobyl accident in the distant period. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 59–67.

УДК 616.89-008.441.44

А.А. Григорьева

## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

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

В статье рассматриваются экзистенциальные предпосылки для формирования аутоагрессивного поведения подростков. Раскрываются основные возрастные вопросы в младшем и старшем подростковом возрасте в контексте концепции фундаментальных экзистенциальных мотиваций. Приводятся данные исследования особенностей экзистенциальных переживаний подростков (13–17 лет) с высокими рисками аутоагрессии. Выявлены особенности подростков с аутоагрессией: переживание незащищенности, отсутствия ценности собственной личности и включения в значимые социальные связи. Приводятся примеры индивидуальных описаний подростками собственных экзистенциальных переживаний и возникающих на их фоне суицидальных мыслей. Даются рекомендации для профилактики подростковой аутоагрессии с использованием экзистенциальных подходов к личности.

**Ключевые слова:** аутоагрессия, суицидальное поведение, самоповреждающее поведение, подростковый кризис, экзистенциальные переживания.

Кризис подросткового возраста рассматривается как сосредоточие психологических и личностных проблем. Наряду с масштабной эндокринной и физиологической перестройкой в организме происходят существенные психологические изменения. По сравнению с другими кризисами детства подростковый отличается возникновением иной точки отсчета – внутренней, субъектной: самосознание, саморефлексия как новообразования возраста открывают перед подростком иное понимание мира и себя самого. Изменение собственного тела, эмоциональных и поведенческих реакций, требующие осознания и формирования самоотношения и самоприятия.

---

✉ Григорьева Александрина Андреевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: alexandrina\_gr@mail.ru.

тия, сопровождаются новыми требованиями социума к подростку, усиливая процесс идентификации не только «через себя самого», но и себя через призму социального мнения. Подросток вступает в активный диалог с миром, что является важным условием формирования его личной позиции, или становления «персональности». Персональность определяется как удовлетворение потребности личности быть самим собой, со своей «Я-концепцией»: проявлять свои качества, поступать в соответствии с собственными интересами, взглядами, мировоззрениями, соотносясь с условиями и данностями внешнего мира [5, 8]. Для подростков с нарушенной персональностью характерны трудности обращения к себе, низкая самоценность, несформированная рефлексия, отсутствие способности критично относиться к своему поведению [1]. Таким образом, содержание подросткового кризиса оказывается конгруэнтным экзистенциальному подходу к пониманию личности. Экзистенциальная тематика в младшем подростковом возрасте (11–14 лет) фокусируется на формировании доверия к самому себе и поиске ответа на вопрос: «Нравится ли мне быть в этом мире?». В старшем подростковом возрасте (15–16 лет) актуальной темой становится «Сила-Я» и ответ на вопрос «Имею ли я право быть собой?», а также темы собственного будущего и вопрос: «Каков смысл моего дальнейшего пути?» [7, 9]. Актуализация экзистенциальных тем у подростков с высокой уязвимостью неотъемлемо сопровождается увеличением тревоги и появлением депрессивных симптомов, таких как негативное настроение, межличностные проблемы, ангедония, апатия, негативная самооценка [13]. В случае негативного экзистенциального опыта (неспособности определить дальнейший собственный путь, актуализировать личностный ресурс, найти сферы самореализации, дефицит психологической опоры со стороны близких людей, отсутствие эмоциональной близости со значимыми людьми, наличие психологических и физических травм и заболеваний) уровень тревоги становится основой для нарушения отношений подростка с миром и собой.

Активная динамика духовных, психических, физических, социальных процессов нередко вызывает их рассогласование, приводя к личностным искажениям и девиациям. Снижение ценности собственной жизни, легкое отношение к смерти, негативное отношение к собственному телу становятся значимым предиктором для возникновения самоповреждающего поведения и желания покончить жизнь самоубийством. Так, в младшем подростковом возрасте основой аутоагgressивных интенций подростка становится экзистенциальное переживание: «мне не нравится быть в этом ми-

ре» и «я не могу доверять себе»; для старших подростков это проблемы аутентичности – «я не имею права быть собой». Подтверждение таких переживаний мы находим в высказываниях подростков с аутоагрессивным поведением: «я ничтожество», «я только все порчу», «я никто», «я доставляю много проблем другим и думаю, что они меня ненавидят», «у всех жизнь яркая, а я ничего не могу сделать со своей» и т. д. Таким образом, существует значимая связь между переживанием экзистенциальных тем в подростковом возрасте и аутоагрессивным поведением [12, 13, 14, 15, 16].

Вместе с тем по-новому начинают осознаваться в подростковом возрасте темы смерти и конечности жизни. Вопросы выбора вариантов собственного будущего актуализируют мысль о том, что его может не быть вообще. Тревога по отношению к смерти нередко проявляется в повышенном интересе подростков к данной теме: самоповреждающее поведение и вид крови, истории о суицидах, рисунки на тему смерти. Привлекательность смерти во многом является результатом развития абстрактного мышления, склонностью подростков к философствованию и отсутствием протективных механизмов. Для подростков свойственна недооценка опасности и риска, несущих физическую угрозу их существованию. И. Ялом отмечает две стратегии, характерные для подросткового возраста: 1) вера в собственную уникальность, неуязвимость; 2) существование спасителя [2]. Именно такая возрастная специфика нивелирует протективные установки, снижая тревогу перед темой смерти. С преодолением страха смерти неразрывно связано совершение суицидальных действий, к которым относятся мысли, намерения, планирование и непосредственно суициdalная попытка. Опыт регулярного самоповреждающего поведения снижает страх перед болью и тревогу перед смертью.

При положительном преодолении экзистенциального кризиса у подростков формируется четкая картина своего будущего, появляется осознание ценности и смыслов жизни [3]. В случае негативного исхода кризиса, при отсутствии положительных адаптивных стратегий, смерть рассматривается как вариант выбора жизненного пути, если другие не выбраны, не определены или не могут быть найдены.

С целью исследования особенностей экзистенциальных переживаний у подростков с высокими рисками аутоагрессии нами было проведено исследование.

Первый этап исследования, направленный на выявление подростков с рисками аутоагрессивного поведения, включая описание дизайна и метода, описан нами в другой публикации [6].

Во втором этапе исследования, направленном на изучение экзистенциальных переживаний, приняло участие 186 подростков (13–17 лет) с выявленными рисками самоповреждающего поведения и суицида при помощи методики модификации тела и самоповреждения и опросника для определения риска суицида «Суициdalная личность-19» [4, 10]. Для группы сравнения были выбраны 150 подростков с нормативным поведением. Изучение экзистенциальных переживаний подростков проводилось с использованием теста экзистенциальных мотиваций, а также направленной клинической беседы [11].

Были получены следующие результаты: подростков с аутоаггрессивным поведением значимо отличает от нормативной выборки низкий уровень сформированности базовых предпосылок для каждой из фундаментальной экзистенциальной мотиваций. Переживание низкой защищенности (0,022); трудности соотнесения со временем (0,027); низкий уровень переживания ценности своей личности для других (0,021) и включенности в значимые социальные взаимосвязи (0,026) – компоненты фундаментальных экзистенциальных мотиваций личности, получившие значимые различия по критерию U-Mann-Whitney в группе подростков с суициальным и самоповреждающим поведением. На данном этапе исследования удалось установить, что у подростков с аутоаггрессией присутствуют трудности на уровне 1-й и 4-й фундаментальных мотиваций (по А. Лэнгле), что соответствует содержанию переживаний «я не чувствую достаточно опор в мире, я ни от чего не защищен», «я не вижу смысла и перспектив в своей жизни».

После проведения скрининга осуществлялись осмотр и клиническая беседа с подростками. Были выявлены три основных вида содержаний переживаемой экзистенциальной проблематики и мироощущения, соответствующие трем этапам суициального поведения: суициальные мысли, суициальные намерения, формирование суициального плана с последующим переходом к действиям.

Первый вид экзистенциальных переживаний: «Я хочу умереть», «Я не хочу так жить», «Лучше бы я не рождался», при этом отчетливых дифференцированных мыслей о том, что «я хочу себя убить» нет. Все размышления подростка сводятся к одному итогу: «Я не хочу ТАК жить». Для подростков характерны негативные эмоциональные состояния, связанные либо с депрессивными fazами («все плохо», «я чувствую себя одиноким»), либо с пограничными чертами личности, проявляющимися на фоне жизненных обстоятельств и отрицательными эмоциями, на пике которых приходит переживание «лучше бы я умер». Поведение в социальных сетях –

привлекающее внимание к собственной проблеме: посты о смерти, картинки на темы суицида, философские «мемы» на тему ухода из жизни.

Пример (Дарья, 14 лет): «Мне регулярно плохо, ничего не хочется делать, хочется лежать и плакать. Настроение улучшается, только когда со мной кто-то рядом (друзья). Я себе не нужна. Я бы предпочла жить дугой жизнью или вообще не жить. Хочу исчезнуть, убежать из дома. Я не такая, какая должна быть, лучше бы я не рождалась. В моем возрасте сбежать из ситуации нельзя, но можно не жить. Мне нравится психология самураев: самурай всегда должен помнить о смерти».

Второй вид переживаний соответствует уже сформированным и отчетливым размышлениям о том, «как лучше покончить с жизнью». Подростки примеривают разные способы суицида, происходит выбор наиболее подходящего способа. Активно ищут в интернете информацию о том, как лучше это сделать, проявляют активность на форумах, в которых разные люди обсуждают или описывают суицидальные попытки. Это стадия сбора информации и принятия решения. В беседе подросток упоминает о том, как он хотел бы покончить с собой. Мысли о смерти формулируются конкретно: «Я не хочу жить, я хочу повеситься... или сброситься с крыши». Возникает наиболее привлекательный образ, как бы он это сделал: ночью, оставил бы записку... и т. д. Но на этом этапе еще присутствуют протективные факторы, которые егодерживают: переживания за собственных родителей, актуальные романтические отношения и т. д. Фактически итоговая мысль звучит так: «Я хочу покончить с собой, больше всего мне подходит сброситься с крыши, но есть то, что меня останавливает...». Поведение в социальных сетях скорее поисковое, собирается информация. Выбираемые картинки с образами смерти, способа суицида будут соответствовать фокусировке мыслей, то есть будет прослеживаться определенная тенденция в подборе картинок. Например, если подросток решил сброситься с крыши, чаще всего это картинки высоты, неба, падения и т. д. При созревании плана и принятии решения усиливаются замкнутость и агрессивность, тема становится более скрываемой.

Пример (Анна, 15 лет): «Когда мне плохо, я думаю о суициде. Представляю собственную смерть в деталях. Вначале я думала сброситься с окна, но я не хочу остаться инвалидом, если выживу. Потом думала вскрыть вены, но это болезненно, не уверена, что я смогу. Самое подходящее для меня – это наглотаться таблеток, чтобы просто заснуть».

Третий вид переживаний соответствует принятому решению, сформировавшемуся плану: есть способ, дата, время. Подросток, с одной сто-

роны, старается скрывать детали суициального плана, чтобы не смогли помешать или не отговорили, мысли об этом тщательно оберегаются. С другой стороны, может уверенно и решительно заговорить о задуманном. В аффективном плане отмечается сужение: погружен в собственные мысли, диапазон эмоциональных реакций беден. В социальных сетях может проинформировать о созревшем решении либо в переписке с «НЕ» близкими друзьями, либо символической картинкой-постом как оповещающей запиской. Усиливается социальная изоляция.

Пример (Лена, 15 лет): «Есть чувство, что со мной что-то должно произойти. И это должно случиться, это правильно. Что бы мы ни делали в жизни – мы ведь все равно умрем. Со мной это случится этим летом: на углу 10-го дома, в закат, с 16-го этажа».

Кризис подросткового возраста сопровождается, с одной стороны, масштабными психофизиологическими изменениями, с другой – особой уязвимостью в отношении таких экзистенциальных тем, как взаимоотношения с миром и с собой. При неблагоприятном совпадении факторов (биологических, психологических и социальных), являющихся значимыми при формировании предпосылок для аутоагрессивного поведения, а также нерешенных возрастных экзистенциальных вопросов, подросток совершает антивитальный выбор, проявляющийся в самоповреждении и суициде. Самоубийство становится альтернативным решением подростка «не жить так», в принятии которого он чувствует себя свободным от невыносимых переживаний. Специфическая этиология самоповреждающего и суициального поведения подростков во многом связана с переживанием экзистенциального кризиса, нерешенностью возрастных экзистенциальных вопросов, что актуализирует роль экзистенциального подхода для возможности превенции. Важным аспектом профилактики аутоагрессивного поведения подростков является использование экзистенциальных подходов, ориентированных на темы формирования персональной позиции и внутренних опор личности, развитие конструктивного диалога подростка с миром, преодоление тревоги в отношении будущего и поиск новых ценностей и смыслов дальнейшей жизни.

Рядом авторов отмечается необходимость включения экзистенциальных принципов в лечение и профилактику суициальности [16]. Доказанную эффективность в профилактической работе с аутоагрессией у подростков показали логотерапия, а также экзистенциально-интегративная психотерапия [14, 17, 18].

## **Литература**

1. Баранников А.С. Завуалированное аперсональное поведение // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2010. – № 17. – С. 24–35.
2. Гаврилова Т.А. Страх смерти в подростковом и юношеском возрасте // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С. 63–71.
3. Гаврилова Т.А., Швец Ф.А. Осознание собственной смертности как фактор становления подросткового чувства взрослости // Вопросы психологии. – 2010. – № 4. – С. 37–44.
4. Гилинский Я.И., Юнацкевич П.И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: учебное пособие / под ред. В.А. Кулганова. – СПб., 1999. – 338 с.
5. Гульчевская В.Г. Индивидуализация обучения как перспективная модель инновационного развития образования [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ipkspu.narod.ru>>2010 (дата обращения: 21.01.2020).
6. Григорьева А.А. Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – № 2 (103). – С. 32–40.
7. Кривцова С.В. Вызовы неопределенности и становление внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход) // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2015. – Т. 8, № 40. – С. 8.
8. Лэнгле А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2, № 2. – С. 81–98.
9. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью // Консультативная психология и психотерапия. – 2001. – Т. 9, № 1. – С. 5–24.
10. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии : дис. ... док. психол. наук. – М., 2017. – 423 с.
11. Шумский В.Б., Уkolova E.M., Osin E.N., Lupandina Ya.D. Диагностика экзистенциальной исполненности: Оригинальная русскоязычная версия Теста экзистенциальных мотиваций // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2016. – Т. 13, № 4. – С. 763–788.
12. Al-Yagon M., Margalit M. Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties // European Journal of Special Needs Education. – 2006. – Vol. 21, N 1. – P. 21–37.
13. Berman S.L., Weems C.F., Stickle T.R. Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development // Journal of Youth and Adolescence. – 2006. – Vol. 35, N 3. – P. 285–292.
14. Brassai L., Piko B.F., Steger M.F. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life // The Psychological Record. – 2012. Vol. 62, N 4. – P. 719–734.
15. Karavalaki M., Shumaker D. An existential–integrative (ei) treatment of adolescent substance abuse // The Humanistic Psychologist. – 2016. – Vol. 44, N 4. – P. 381–399.

16. Vos J., Craig M., Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes // Journal Of Consulting And Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 1, N 83. – P. 115–128.

Поступила 14.01.2020

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

**Для цитирования.** Григорьева А.А. Экзистенциальные основы суициального и самоповреждающего поведения подростков // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 67–76.

---

## EXISTENTIAL FOUNDATIONS OF SUICIDAL AND SELF-HARMING BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

**Grigorieva A.A.**

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

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

**Abstract.** The article discusses the existential prerequisites for the formation of auto-aggressive behavior of adolescents. The main age-related issues in younger and older adolescents are revealed in the context of the concept of fundamental existential motivations. The research data on the characteristics of existential experiences of adolescents (13–17 years) with high risks of auto-aggression. The peculiarities of teenagers with auto-aggression are revealed: the experience of insecurity, lack of self-worth and inclusion in significant social ties. The article gives examples of individual descriptions of adolescents of their own existential experiences and suicidal thoughts arising from them. Recommendations are given for the prevention of teenage auto-aggression using existential approaches to personality.

**Key words:** auto-aggression, suicidal behavior, self-harming behavior, teenage crisis, existential experiences.

### References

1. Barannikov A.S. Zavualirovannoe apersonalnoe povedenie [Veiled apersonal behavior]. *Ekzistencialnaya tradiciya: filosofiya, psihologiya, psihoterapiya* [Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy]. 2010. N 17. P. 24–35. (In Russ.)

2. Gavrilova T.A. Strah smerti v podrostkovom i yunosheskem vozraste [Fear of death in adolescence and youth]. *Voprosy psichologii* [Issues of psychology]. 2004. N 6. P. 63–71. (In Russ.)
3. Gavrilova T.A., Shvecz F.A. Osoznanie sobstvennoj smertnosti kak faktor stanovleniya podrostkovogo chuvstva vzroslosti [Awareness of own mortality as a factor of formation of adolescent sense of adulthood]. *Voprosy psichologii* [Issues of psychology]. 2010. № 4. Pp. 37–44. (In Russ.)
4. Gilinskij Ya.I., Yunaczkevich P.I. Sociologicheskie i psihologopedagogicheskie osnovy suicidologi: uchebnoe posobie [Sociological and psychopedagogical bases of suicidal: educational manual]. Eds. : V.A. Kulganov. Sankt-Peterburg, 1999. 338 p. (In Russ.)
5. Gulchevskaya V.G. Individualizaciya obucheniya kak perspektivnaya model innovacionnogo razvitiya obrazovaniya [Individualization of education as a promising model of innovative development of education]. <http://ipkspu.narod.ru>>2010. (In Russ.)
6. Grigorieva A.A. Harakteristika podrostkov s riskom samopovrezhdayushhego povedeniya i upotrebleniya psihoaktivnyh veshhestv [Characteristic of teenagers with risk of the self-damaging behavior and the use of psychoactive substances]. *Sibirskii vestnik psichiatrii i narkologii* [Sibirskiya the messenger of psychiatry and narcology]. 2019. N 2 (103). P. 32–40. (In Russ.)
7. Krivczova S.V. Vyzovy neopredelennosti i stanovlenie vnutrennej prochnosti lichnosti v processe ontogeneza (ekzistencialno-analiticheskij podhod) [Challenges of Uncertainty and Formation of Internal Strength of Personality in the Process of Ontogenesis (Existential-Analytical Approach)]. *Psihologicheskie issledovaniya: elektronnyj nauchnyj zhurnal* [Psychological Research: Electronic Scientific Journal]. 2015. Vol. 8, N 40. P. 8. (In Russ.)
8. Lengle A. Terapevticheskij sluchaj nahozhdeniya sobstvennogo Ya (primenenie metoda personalnogo ekzistencialnogo analiza) [Therapeutic case of finding your own Self (application of the method of personal existential analysis)]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2005. Vol. 2, N 2. P. 81–98. (In Russ.)
9. Lengle A. Ekzistencialnyj analiz—najti soglasie s zhiznyu [Existential Analysis-Find Agreement with Life]. *Konsultativnaya psichologiya i psihoterapiya* [Advisory Psychology and Psychotherapy]. 2001. Vol. 9, N 1. P. 5–24. (In Russ.)
10. Polskaya N.A. Fenomenologiya i funkciyi samopovrezhdayushhego povedeniya pri normativnom i narushennom psichcheskom razvitiu [Phenomenology and functions of self-damaging behavior in normative and disturbed mental development] : Dis. Dr. Psychol. Sci. Moskva. 2017. 423 p. (In Russ.)
11. Shumskij V.B., Ukolova E.M., Osin E.N., Lupandina Ya.D. Diagnostika ekzistencialnoj ispolnennosti: Originalnaya russkoyazychnaya versiya Testa ekzistencialnyh motivacij [Diagnostics of Existential Performance: Original Russian-Language Version of the Existential Motivation Test]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2016. Vol. 13, N. 4. P. 763–788. (In Russ.)

12. Al-Yagon M., Margalit M. Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *European Journal of Special Needs Education*. 2006. Vol. 21, N 1. P. 21–37.
13. Berman S.L., Weems C.F., Stickle T.R. Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006. Vol. 35, N 3. P. 285–292.
14. Brassai L., Piko B.F., Steger M.F. Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life. *The Psychological Record*. 2012. Vol. 62, N 4. P. 719–734.
15. Karavalaki M., Shumaker D. An existential–integrative (ei) treatment of adolescent substance abuse. *The Humanistic Psychologist*. 2016. Vol. 44, N 4. P. 381–399.
16. Vos J., Craig M., Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2015. Vol. 1, N 83. P. 115–128.

Received 14.01.2020

**For citing.** Grigor'eva A.A. Ekzistencialnye osnovy suicidalnogo i samopovrezhdayushhego povedeniya podrostkov. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 67–76. (In Russ.)

Grigorieva A.A. Existential foundations of suicidal and self-harming behavior of adolescents. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 67–76.

**МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
ДЕТЕРМИНАНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ  
У СПАСАТЕЛЕЙ МЧС РОССИИ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА**

<sup>1</sup> Всероссийский научно-исследовательский институт по проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций МЧС России (федеральный центр науки и высоких технологий) (Россия, Москва, Давыдовская ул., д. 7);

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

В статье приведены результаты выявления многомерных психологических детерминант (симптомокомплексов личностных свойств) у спасателей МЧС России, работающих в неблагоприятных условиях Арктического региона Российской Федерации. С помощью факторного анализа выявлены ведущие психологические детерминанты профессионального долголетия у спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности менее 5 лет, 5–10 лет и более 10 лет в условиях Арктического региона. В группах спасателей, работающих в различ-

---

✉ Горячева Елена Викторовна – ст. науч. сотруд., Всерос. науч.-исслед. ин-т по проблемам гражд. обороны и чрезв. ситуаций МЧС России (федер. центр науки и высоких технологий) (Россия, 121352, Москва, Давыдовская ул., д. 7), e-mail: lenka\_27@mail.ru;

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук проф., член-корр. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч. и учебной работе, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук доцент, проф. 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;

Санников Максим Валерьевич – канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник, зам. заведующего научно-исследовательским отделом «Медицинский регистр МЧС России», Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: smakv@mail.ru.

ных климато-географических условиях (Арктический регион и Центральный федеральный округ (ЦФО)) со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет установлено два одинаковых психологических фактора профессионального долголетия. Сделан вывод о том, что на профессиональное долголетие спасателей МЧС России ЦФО оказывают влияние особенности профессиональной деятельности, но не влияют климатические условия региона. У спасателей МЧС России общая адаптация к неблагоприятным климато-географическим условиям Арктики наступает только через 10 лет.

**Ключевые слова:** Арктический регион, деятельность, МЧС России, психологическая детерминанта, спасатель, симптомокомплекс, стаж, факторный анализ.

## **Введение**

Профессиональная деятельность спасателей МЧС России Арктического региона Российской Федерации проходит в неблагоприятных климато-географических условиях, в режиме оперативного реагирования, характеризуется повышенной социальной ответственностью и высокой степенью риска для жизни и здоровья, что отрицательным образом оказывается на состоянии их соматического и психического здоровья, обуславливая снижение профессионального долголетия [3].

Профессиональное долголетие спасателей как специалистов экстремального профиля деятельности во многом определяется уровнем выраженности медико-биологической компоненты (состояние здоровья, характер питания, физическая активность, отсутствие вредных привычек и пр.) и индивидуально-психологических особенностей личности [3].

В настоящее время существует целый ряд исследований, посвящённых изучению состояния здоровья и профессионального долголетия специалистов экстремального профиля деятельности [3, 4]. Однако определение ведущих психологических детерминант профессионального долголетия остается недостаточно изученным.

В выполненных ранее исследованиях представлены результаты выявления парциальных (отдельных) психологических детерминант профессионального долголетия сотрудников МЧС России в условиях Арктического региона, а также обоснование медико-биологической его компоненты и диагностического алгоритма прогнозирования на их основе профессионального долголетия [3].

Однако современные возможности многомерной статистики, например факторный анализ, позволяют выявить не только отдельные индивидуально-психологические качества, но и их устойчивые сочетания (факторы), представляющие собой ведущие симптомокомплексы психологических

детерминант профессионального долголетия сотрудников МЧС России с различными стажем профессиональной деятельности и регионом проживания.

Цель исследования – с помощью многомерного факторного анализа выявить ведущие симптомокомплексы психологических детерминант профессионального долголетия сотрудников МЧС России с различными стажем профессиональной деятельности и регионом проживания.

### **Материал и методы**

При проведении исследования были использованы известные психологические методики: сокращенный вариант стандартизированного многофакторного метода исследования личности в адаптации Л.Н. Собчик (далее – СМИЛ) [8]; методика многофакторного исследования личности Кеттелла, форма С (далее – 16-ФЛО) [1]; методика диагностики осмысленности жизни (шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер) [5, 6]; методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) [2]; самоактуализационный тест в адаптации Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, М.В. Загика и М.В. Кроза (далее – САТ) [7]; анкета, разработанная для сбора анамнестических сведений [3].

В данной работе группа спасателей была представлена специалистами пожарно-спасательного профиля – сотрудниками федеральной противопожарной службы (ФПС) государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России (далее – спасатели), выполняющими служебные задачи (扑灭火灾, проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ, ликвидация последствий дорожно-транспортных происшествий, чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и др.), имеющими квалификацию «Спасатель РФ» с учетом стажа их профессиональной деятельности и региона проживания. Всего было обследовано 226 человек (табл. 1).

Было обследовано 176 спасателей МЧС России (основная группа), разделенных на три подгруппы в зависимости от длительности стажа профессиональной деятельности (от 2 до 5 лет, от 5 до 10 лет и свыше 10 лет) в условиях Арктического региона (на примере Мурманской области). Результаты сравнения данных подгрупп между собой выявили, что чем длительнее стаж профессиональной деятельности, тем специфичнее индивидуально-психологические детерминанты профессионального долголетия.

Таблица 1  
Выборка исследования

Признак	Основная группа			Контрольная группа
Регион	Арктический регион (на примере Мурманской области)			ЦФО (г. Воронеж)
Условное обозначение группы	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа	
Количество сотрудников	56	73	47	50
Возраст, лет	20–30	24–38	30–42	32–43
Средний возраст, лет	$25 \pm 2,4$	$29,9 \pm 3,2$	$36,7 \pm 3,7$	$37,1 \pm 3$
Стаж профессиональной деятельности, лет	до 5	от 5 до 10	свыше 10	свыше 10
Средний стаж профессиональной деятельности, лет	$2,8 \pm 0,9$	$6,9 \pm 1,6$	$12,8 \pm 2,4$	$13,8 \pm 2,5$

Контрольная группа была сформирована из числа спасателей (сотрудников пожарно-спасательного профиля) МЧС России, чья профессиональная деятельность проходит в регионе с умеренным климатом и четкой градацией времен года (в отличие от Арктического региона с непродолжительным холодным летом и суровой затяжной зимой) и заключается в выполнении аналогичных служебных задач.

Контрольную группу составили 50 сотрудников МЧС России со стажем профессиональной деятельности выше 10 лет в ЦФО Российской Федерации (на примере г. Воронежа).

Полученные результаты исследования были обработаны с помощью программ SPSS Statistics, Statistica, Microsoft Excel. Взаимосвязь переменных определялась с помощью корреляционного и факторного анализа. Критерием статистической достоверности полученных результатов считалась общепринятая в психологии величина  $p < 0,05$ .

### **Результаты и их анализ**

Результаты корреляционного анализа показали, что длительность стажа профессиональной деятельности сотрудников МЧС России в условиях Арктического региона имеет положительные корреляционные связи с уровнем выраженности медико-биологической компоненты, ориентацией во времени, поддержкой, ценностью ориентацией, самоуважением, самопринятием, принятием агрессии, познавательными потребностями, персональностью, экзистенциональной исполненностью, эмоциональной устой-

чивостью, независимостью, ответственностью; отрицательные – пессимистичностью, импульсивностью, тревожностью, тревогой и депрессией, напряжением, деперсонализацией, эмоциональным выгоранием.

С целью определения ведущих психологических детерминант профессионального долголетия сотрудников МЧС России был применен многомерный факторный анализ с вращением матрицы, результаты которого представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Ведущие психологические детерминанты (факторы) профессионального долголетия сотрудников МЧС России

Ведущие психологические детерминанты профессионального долголетия			
1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
F1-%ДП = 25,8 <b>«Открытость»</b> (самоконтроль, эмоциональная чувствительность, общительность, беспечность, контактность, спонтанность)	F1-%ДП = 24,8 <b>«Коммуникативность»</b> (общительность, самооценка, самоуважение, интроверсия–экстраверсия, импульсивность)	F1-%ДП = 21,7 <b>«Коммуникативность»</b> (общительность, эмоциональная устойчивость, импульсивность, подозрительность, смелость)	F1-%ДП = 25 <b>«Экзистенциальная исполненность»</b> (экзистенциальная исполненность, самодистанцирование, независимость, представления о природе человека, интеллектуальность)
F2-%ДП = 20,7 <b>«Конформизм»</b> (мечтательность, самостоятельность, неудовлетворенность собой, мужественность–женственность, интроверсия–экстраверсия, самодистанцирование)	F2-%ДП = 22,1 <b>«Экзистенциальная исполненность»</b> (экзистенциальная исполненность, гибкость поведения, эмоциональная чувствительность, представления о природе человека, поддержка, сензитивность)	F2-%ДП = 19,4 <b>«Экзистенциальная исполненность»</b> (экзистенциальная исполненность, интеллектуальность, эмоциональная чувствительность, представления о природе человека, поддержка, синергия)	F2-%ДП = 21,7 <b>«Персональность»</b> (персональность, самооценка, самоконтроль, креативность)
F3-%ДП = 19 <b>«Тревожность»</b> (риgidность, тревожность, редукция профессиональных обязанностей, ответственность, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование)	F3-%ДП = 19 <b>«Эмоциональная стабильность»</b> (синергия, самоконтроль, расширение сферы экономии эмоций, социальная нормативность и организованность)	F3-%ДП = 19 <b>«Напряженность»</b> (напряжение, тревожность, ответственность, самотрансценденция, свобода)	F3-%ДП = 18,5 <b>«Нонконформизм»</b> (самоуважение, индивидуалистичность, смелость, независимость, свобода)

Ведущие психологические детерминанты профессионального долголетия			
1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
F4-%ДП = 17,5 <b>«Индивидуалистичность»</b> (свобода, индивидуалистичность, восприимчивость к новому, дипломатичность, экзистенциальность, креативность)	F4-%ДП = 18,1 <b>«Экстраверсия»</b> (самопринятие, ценностная ориентация, импульсивность, самооценка)	F4-%ДП = 18 <b>«Персональность»</b> (персональность, индивидуалистичность, ориентация во времени, подозрительность)	F4-%ДП = 18 <b>«Эмоциональная нестабильность»</b> (восприимчивость к новому, подозрительность, мечтательность, самоконтроль)
Суммарная дисперсия = 83 %	Суммарная дисперсия = 84 %	Суммарная дисперсия = 78,1 %	Суммарная дисперсия = 83,2 %

В группе спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности до 5 лет в условиях Арктического региона ведущие психологические детерминанты (факторы) профессионального долголетия включали: «открытость», «конформизм», «тревожность», «индивидуалистичность», суммарная дисперсия 83 %.

В группе спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности от 5 до 10 лет в условиях Арктического региона ведущие психологические детерминанты профессионального долголетия включали: «коммуникативность», «экзистенциальная исполненность», «эмоциональная стабильность», «экстраверсия», их суммарная дисперсия составила 84 %.

В группе спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в условиях Арктического региона ведущие психологические детерминанты профессионального долголетия включали: «коммуникативность», «экзистенциальная исполненность», «напряженность», «персональность», их суммарная дисперсия была равна 78,1 %.

В контрольной группе спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет в ЦФО РФ ведущие психологические детерминанты (факторы) профессионального долголетия включали: «экзистенциальную исполненность», «персональность», «нонконформизм» и «эмоциональную нестабильность» с суммарной дисперсией в 83,2 %.

Учитывая особенности профессиональной деятельности, экстремальные климатические условия Арктического региона, а также на основании выделенных ведущих многомерных психологических детерминант профессионального долголетия были разработаны рекомендации для пси-

хологов по обеспечению профессионального долголетия спасателей МЧС России, работающих в неблагоприятных условиях Арктического региона.

## **Заключение**

По данным факторного анализа ведущими психологическими детерминантами профессионального долголетия спасателей МЧС России со стажем профессиональной деятельности до 5 лет в условиях Арктического региона являются «открытость», «конформизм», «тревожность», «индивидуалистичность»; от 5 до 10 лет – «коммуникативность», «экзистенциальная исполненность», «эмоциональная стабильность», «экстраверсия»; свыше 10 лет – «коммуникативность», «экзистенциальная исполненность», «напряженность», «персональность»; свыше 10 лет в Центральном федеральном округе РФ – «экзистенциальная исполненность», «персональность», «нонконформизм», «эмоциональная нестабильность».

В группах спасателей, проходящих службу в различных регионах, со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет установлено наличие двух одинаковых психологических детерминант (симптомокомплексов) профессионального долголетия: «персональности» и «экзистенциальной исполненности». Это свидетельствует о том, что на профессиональное долголетие сотрудников МЧС России Центрального федерального округа РФ оказывают влияние особенности профессиональной деятельности, но не влияют климатические условия региона. А для спасателей МЧС России, работающих в неблагоприятных условиях Арктики, свидетельствует о наступлении у них общей адаптации к неблагоприятным климатогеографическим условиям Арктики только через 10 лет.

## **Литература**

1. Анастази А. Психологическое тестирование: в 2 кн. / пер. с англ.; под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М. : Педагогика, 1982. – Кн. 1. – 320 с.; Кн. 2. – 336 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб. : Питер, 1999. – 278 с.
3. Горячева Е.В. Прогноз профессионального долголетия сотрудников МЧС России в условиях Арктического региона // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2019. – № 3. – С. 85–93. DOI 10.25016/2541-7487-2019-0-3-85-93.
4. Евдокимов В.И., Алексанин С.С., Бобринев Е.В. Анализ показателей заболеваемости, травматизма и смертности сотрудников Государственной противопожарной службы России (1996–2015 гг.). – СПб. : Политехника-принт, 2019. – 167 с.
5. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenz-

skala) А. Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ. – 2009. – Бюллетень № 1. – С. 141–170.

6. Майнина И.Н., Васанов А.Ю. Стандартизация опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер // Психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 87–99.

7. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов: учеб. пособие / под ред. проф. Рыбникова В.Ю., проф. Чермянина С.В. – СПб. : Фарминдекс, 2009. – 231 с.

8. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМИ. – СПб. : Речь, 2002. – 217 с.

Поступила 13.03.2020

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

**Для цитирования:** Горячева Е.В., Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Санников М.В. Многомерная оценка психологических детерминант профессионального долголетия у спасателей МЧС России Арктического региона // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 77–86.

---

**A MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS  
OF PROFESSIONAL LONGEVITY AMONG RESCUERS OF EMERCOM OF RUSSIA  
IN THE ARCTIC REGION**

**Goryacheva E.V.<sup>1</sup>, Aleksanin S.S.<sup>2</sup>, Rybnikov V.Yu.<sup>2</sup>  
Ashanina E.N.<sup>2</sup>, Sannikov M.V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> All-Russian Researcher Institute for Civil Defense and Emergencies (Federal Center of Science and High Technology) EMERCOM of Russia  
(Davydkovskaya Str., 7, Moscow, Russia);  
<sup>2</sup> Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia).

 Elena Viktorovna Goryacheva – Research Associate, All-Russian Research Institute for Civil Defense and Emergency Situations, EMERCOM of Russia (Federal Center for Science and High Technologies) (Davydkovskaya Str., 7 Moscow, 121352, Russia), e-mail: lenka\_27@mail.ru.

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru.

Viktor Yurjevich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education), Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation

Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci., Assistant Prof., Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Maksim Valerevich Sannikov – PhD. Med. Sci., Deputy Head, Emercom of Russia Medical Register Research Department, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: smakv@mail.ru.

**Abstract.** The article presents the results of identifying multidimensional psychological determinants (symptom complexes of personality features) among rescuers of the Emercom of Russia working in adverse conditions of the Arctic region of the Russian Federation. Using a factor analysis, the leading psychological determinants of professional longevity have been identified among rescuers of the Emercom of Russia with experience of less than 5 years, 5-10 years and more than 10 years in the Arctic region. In groups of rescuers working in different climatic and geographical conditions (the Arctic region and the Central Federal District) with experience of more than 10 years, two identical psychological factors of professional longevity have been established. It is concluded that the professional longevity of rescuers from the Central Federal District depends on their professional activity rather than the regional climate. However, the general adaptation to adverse climatic and geographical conditions of the Arctic occurs only after 10 years.

**Key words:** Arctic region, activity, EMERCOM of Russia, psychological determinant, rescuer, symptom complex, length of service, factor analysis.

### References

1. Anastazi A. Psihologicheskoe testirovanie [Psychological testing]. Ed. : K.M. Gurevicha, V.I. Lubovskogo. Moskva. 1982. Kn. 1 320 p.; Kn. 2 336 p. (In Russ.)
2. Bojko V.V. Sindrom «emocionalnogo vygoraniya» v professionalnom obshchenii [Burnout syndrome in professional communication]. Sankt-Peterburg. 1999. 278 p. (In Russ.)
3. Goryacheva E.V. Prognoz professionalnogo dolgoletiya sotrudnikov MChS Rossii v usloviyakh Arkticheskogo regiona [Forecast of professional longevity of employees of the Ministry of Emergency Situations of Russia in the conditions of the Arctic region]. *Mediko-biologicheskie i sotsialno-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical, biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2019. N 3. Pp. 85–93. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Aleksanin S.S., Bobrinev E.V. Analiz pokazatelej zabolеваemosti, travmatizma i smertnosti sotrudnikov Gosudarstvennoj protivopozharnoj sluzhby Rossii (1996–2015gg.) [Analysis of morbidity, injuries and mortality rates of employees of the State Fire Service of Russia (1996-2015)]. Sankt-Peterburg. 2019. 167 p. (In Russ.)

5. Krivcova S.V., Lengle A., Orgler K. SHkala ekzistencii (Existenzskala) A. Lengle i K. Orgler [The Existenzskala Scale by A. Langle and K. Orgler]. Moskva. 2009. Byulleten N 1. Pp. 141–170 (In Russ.)

6. Majnina I.N., Vasanov A.Yu. Standartizaciya oprosnika «SHkala ekzistencii» A. Lengle, K. Orgler [Standardization of the questionnaire «Existence Scale» A. Langle, K. Orgler]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2010. N 1. Pp. 87–99 (In Russ.)

7. Psihodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptacionnyh narushenij v praktike klinicheskikh psihologov [Psychodiagnostic methods of detection of disadaptal disorders in the practice of clinical psychologists: tutorial]: uchebnoe posobie. Ed. : Rybnikova V.YU., Chermyanina S.V. Sankt-Peterburg. 2009. 231 p. (In Russ.)

8. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti SMIL [Standardized multi-factor method of media personality research]. Sankt-Peterburg. 2002. 217 p. (In Russ.)

Received 13.03.2020

**For citing.** Goryacheva E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Sannikov M.V. Mnogomernaya ocenka psixologicheskix determinant profesional'nogo dolgoletiya u spasatelej MChS Rossii Arkticheskogo regiona. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 77–86. (In Russ.)

Goryacheva E.V., Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Sannikov M.V. A multidimensional assessment of the psychological determinants of professional longevity among rescuers of EMERCOM of Russia in the Arctic region. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 77–86.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНЫХ РАБОТ  
ПО ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ  
ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ ИНТЕЛЛЕКТЕ**

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9);

<sup>2</sup> Средняя общеобразовательная школа № 602  
Петродворцового района Санкт-Петербурга  
(Россия, Ломоносов, ул. Сафонова, д. 5).

Психологическое здоровье детей, подростков и лиц юношеского возраста с нарушенным интеллектом является одной из актуальных проблем в области современной медицинской психологии. В связи с этим важно проанализировать фундированность научно-практических работ в этой области. В данной статье авторами сделана попытка анализа научных публикаций отечественных авторефераторов и диссертационных исследований по проблематике, связанной с изучением механизмов психологических защит у лиц разного возраста с нормальным и нарушенным интеллектом.

**Ключевые слова:** психологическая защита, нарушение интеллекта, дети, подростки, юношеский возраст.

**Введение**

Тенденция снижения интеллектуального развития подрастающего поколения, риски их социализации рассматриваются как актуальная проблема в современной медицинской психологии. Дети с нарушением интеллекта часто находятся в неблагоприятных социально-психологических условиях. Для преодоления психотравмирующих обстоятельств они вынуждены прибегать к бессознательной регуляции своего поведения в виде механизмов психологических защит с целью устраниния эмоционального дискомфорта. Под психологической защитой принято понимать систему, стабилизирующую личность ребёнка, которая проявляется в устраниении или сведении к минимуму отрицательных эмоций, чувства тревоги, возникающих при критическом рассогласовании картины мира с новой информацией.

---

✉ Заширинская Оксана Владимировна – д-р психол. наук., доцент кафедры педагогики и педагогической психологии ф-та психологии, Санкт-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: zaoks@mail.ru;

Турчанинов Евгений Евгеньевич – педагог-психолог СОШ № 602 Петродворцового р-на Санкт-Петербурга (Россия, 198412, Ломоносов, ул. Сафонова, д. 5), e-mail: turchaninov.j@mail.ru.

мацией [21].

В настоящее время накоплено определённое количество научных исследований, посвящённых проблеме изучения механизмов психологических защит у детей и подростков. Однако публикаций с результатами изучения механизмов психологических защит у лиц с нарушенным интеллектом представлено не много.

### **Материалы и методы**

По материалам 36 научных работ проанализированы результаты изучения российскими авторами механизмов психологических защит у детей, подростков и лиц юношеского возраста с нормативным и нарушенным интеллектом.

Объектом теоретического анализа стали научные издания – авторефераты, кандидатские диссертации и научные статьи рецензируемых журналов. Материалы были взяты из официальных источников, в частности использовались электронные ресурсы Российской национальной библиотеки и электронная библиографическая система e-library – база данных научных статей и публикаций, имеющая Российский индекс научного цитирования. Были проанализированы авторефераты и кандидатские диссертации с 1993 по 2020 год.

### **Результаты и их анализ**

Степень выраженности механизмов психологических защит у детей дошкольного возраста зависит от качества межличностных контактов со значимыми взрослыми, а также от личностных особенностей самого ребёнка и чаще проявляется у тревожных детей [14]. Рассматривая психологическую защиту в дошкольном возрасте от деструктивных влияний родителей можно сказать, что степень выраженности механизмов психологических защит зависит от особенностей детско-родительских отношений [2]. Дошкольники, которые воспитывались в условиях детского дома, для полноценной адаптации чаще всего прибегают к использованию поведенческих защитных механизмов [11]. Для младших школьников с низким социометрическим статусом в малой группе характерно проявление отрицания [16]. Уровень развития мышления связан с частотой использования в младшем школьном возрасте защитных механизмов по типу вытеснения и изоляции [8].

В подростковом возрасте психологические защитные механизмы оцениваются как важные адаптационные новообразования определённых

этапов онтогенеза, формирующиеся в результате усложнения регуляционно-приспособительных процессов и структуры личности, а также непроизвольного научения, то есть механизмы психологической защиты носят естественный характер развития [4]. Подростки с нормативным интеллектуальным развитием используют механизм психологической защиты по типу проекции, рационализации и замещения. Детям, у которых интеллектуальные способности ниже среднего уровня, свойственно проявление вытеснения, регрессии, компенсации и гиперкомпенсации [24]. Копинг-стратегии и механизмы психологических защит играют огромную роль в процессе регуляции поведения подростков [6]. От пубертатного периода до юношеского возраста формирование новообразований происходит под влиянием эмоциональных, поведенческих и личностных процессов, и с началом полового созревания психологические защиты подростков значительно усиливаются [13, 29]. Эмпирическим путём также было установлено, что существуют половые различия в использовании защитных механизмов в младшем подростковом, старшем подростковом и раннем юношеском возрастах. Кроме того, существуют полотипические виды защит, которые чаще всего используются представителями мужского и женского полов независимо от их возраста. Девушки чаще используют защитный механизм регрессии, реактивного образования и компенсации, а юноши предпочитают использовать рационализацию и подавление. На всех этапах подросткового возраста представители обоих полов активно используют проекцию как защитный механизм [22]. В раннем юношеском возрасте у лиц с нормативным уровнем психического развития наиболее выраженным механизмом психологической защиты является проекция, вторым по интенсивности является механизм рационализация. Данный вид психологической защиты соответствует динамике личностного развития человека при одновременном уменьшении значимости вытеснения. Однако по результатам научных исследований у подростков с нарушениями в развитии процессы рационализации практически не развиты [31]. Анализ результатов формирующего эксперимента позволил выявить, что при определённом психолого-педагогическом сопровождении у подростков может улучшаться когнитивный аспект формирования механизмов психологических защит [26, 28]. Изучая особенности активных и пассивных стратегий у подростков Бернардо С.З. (2000), делает вывод о том, что существует определенная тенденция преодолевать проблемы за счёт искаражения действительности и ухода от конфликтной ситуации с помощью защитного механизма вытеснения [3].

Механизмы психологических защит также изучаются и в контексте детско-родительских, семейных отношений [27, 33, 35]. Экспериментально подтверждено влияние личностной и социальной зрелости матери на функционирование реактивных образований ребёнка. Позитивное взаимодействие с матерью обеспечивает конгруэнтность при обучении ребёнка защитному поведению и адаптивному реагированию на фruстрацию, что имеет существенное значение для ребёнка в возрасте 4–6 лет, обеспечивая сохранность личной идентичности [27]. Для детей с позитивным Образом Я на уровне закрытого поведения приоритетными механизмами защиты являются «формирование реакции» и «отрицание», а на уровне открытого поведения преобладает защита «затаивания». Дети с негативными представлениями о себе отличаются от сверстников доминирующими механизмами защиты «отрицание» и «вытеснение». В своём социальном поведении они склонны к агрессивности и потребности управлять другими [33]. Развитие личностных особенностей ребёнка не сводится к копированию доступного наблюдению защитного реагирования родителей, а имеет более сложное проявление. Детско-родительские отношения оказывают двойное влияние на генезис копинг-стратегии. Во-первых, защитные реакции взрослых могут формировать у ребёнка ощущения угрозы его самоотношению и усиливать чувство тревоги. Во-вторых, взрослые первоначально могут способствовать специфической организации межличностного взаимодействия, которое стимулирует или тормозит, обусловливает динамику и своеобразие развития отдельных защитных механизмов [35].

Анализировался ряд работ, которые относятся к изучению механизмов психологических защит у детей и подростков со сложностями в развитии. При отклонениях в поведении проявляются общие тенденции функционирования защитно-преодолевающего типа, что обнаруживается в сверхнормативной напряжённости психологической защиты на примитивном уровне [20]. При отсутствии обоих родителей или одного из них дети чаще испытывают состояние физиологического и эмоционального стресса. Они прибегают к когнитивно простым формам психологической защиты, таким как отрицание и вытеснение [9]. Карина О.В. (2005) исследовала социально-психологические особенности проявления защитных механизмов у детей в условиях социального приюта и выявила, что у них на фоне социальной и эмоциональной депривированности возникают и проявляются слабоадаптивные механизмы психологической защиты [12]. Автором также изучались особенности психологической защиты у подростков, воспитывающихся в условиях детского дома. В результате у данной группы де-

тей были выделены две подсистемы психологических защит. При первой, дефензивной системе активируются диссоциативные механизмы, целью которых является ограждение сознания ребёнка от психотравмирующей ситуации в условиях социального неблагополучия. Реализация второй, экспрессивной системы направлено на поведенческое отреагирование психотравматической ситуации в условиях стресса [17]. Дети с проблемами в развитии чаще прибегают к дезадаптивным формам психологических защит в виде отрицания, изоляции, подавления, реактивного образования, которые проявляются в непослушании (негативизме), агрессивном поведении, гиперактивности ребёнка [23]. Подростки, обучающиеся и воспитывающиеся в образовательных учреждениях закрытого типа в условиях социальной изоляции и жёстких режимных требований, в ситуациях, носящих психотравмирующий характер, чаще прибегают к деструктивным психологическим защитам, что впоследствии существенно сокращает и обедняет их сферу возможностей, связанную со значимыми межличностными отношениями, и затрудняет их дальнейшую социально-психологическую адаптацию [25]. Защитное поведение детей и матерей из дисфункциональных семей имеет также свои особенности. Механизмы психологических защит у матерей выражены в большей степени, чем их совладающее поведение, что влияет на выработку копинг-стратегии всех участников внутрисемейного взаимодействия [10]. Выполнено отдельное исследование взаимосвязи соматического заболевания с механизмами психологических защит у детей. Автором выявлено, что при заболевании бронхиальной астмой чаще всего актуализируются личностные реакции по типу проекции, регрессии, вытеснения, компенсация, идентификации и отрицания, что помогает ребенку адаптироваться в семейной обстановке и получать от родителей больше внимания [7].

В рамках заявленной темы интересны также исследования механизмов психологических защит у детей и подростков с нарушениями в психофизическом развитии при наличии ограниченных возможностей здоровья [5, 18, 30, 32, 34, 36]. У детей с двигательными расстройствами в психическом развитии преобладают такие защитные способы реагирования, как проекция и вытеснение, что помогает им легче проходить процесс социальной адаптации [5]. Подростки с сенсорными нарушениями в большей степени используют перцептивные и мнемонические, недостаточно эффективные механизмы защиты [30]. В своём диссертационном исследовании Чиркова Ю.В. (2003) выявила, что при задержке психического развития детьми чаще используется механизм защиты по типу регрессии на фоне

общей склонности к переживанию различных страхов [34]. При ограниченных возможностях здоровья используется репертуар психологических защит, относящихся к первичным (примитивным) механизмам психологической защиты, доминируют деструктивные паттерны копинг-поведения с целью компенсации своего психического состояния [18]. Подростки, воспитывающиеся в учреждениях интернатного типа, чаще используют мало адаптивные виды психологической защиты, такие как отрицание, замещение и регрессия. В наименьшей степени у них встречается компенсация, подавление, проекция и рационализация [32, 36].

Незначительное число работ посвящено изучению механизмов психологических защит у детей, подростков с нарушением интеллекта [1, 15, 19]. Выделены и описаны определённые механизмы психологических защит, которые свойственны младшим подросткам с умственной отсталостью: отрицание, проекция и регрессия [15]. Различные типы акцентуаций характера у лиц с нарушениями в интеллектуальном развитии существенным образом влияют на структуру психологической защиты, при этом подростки с диагнозом «легкая умственная отсталость» чаще используют менее адаптивные механизмы психологической защиты по типу отрицания, вытеснения, компенсации и реактивного образования. Акцентуированные умственно отсталые подростки в своём поведении демонстрируют в большей степени деструктивное поведение и при этом используют пассивные механизмы психологических защит, а их сверстники с нормативным уровнем психического развития склонны прибегать к более активным конструктивным формам защитного поведения [19]. У умственно отсталых подростков с легкой степенью снижения интеллекта на фоне сильной фрустрированности и низкой социальной адаптированности возрастает напряжённость психологических защит, что приводит к возникновению отрицания и реактивным образованиям в социальном реагировании. Психозащитное поведение у лиц с нарушениями интеллекта носит сугубо адаптационный характер [1].

## Заключение

Поисковый режим в электронной базе данных Российской национальной библиотеки и Российского индекса научного цитирования позволил найти, начиная с 1993 по 2020 год, 36 работ, посвящённых проблеме изучения механизмов психологических защит у детей, подростков и лиц юношеского возраста. Однако по проблеме изучения механизмов психологических защит у детей и подростков обнаружено незначительное число

работ. Данная тема мало освещена по ряду причин: во-первых, сам предмет исследования механизмов психологических защит крайне затруднён за счёт личностных особенностей обследуемых, а во-вторых, имеется мало научно примененных и стандартизованных психодиагностических тестов, позволяющих проводить исследование лиц разного возраста с интеллектуальными нарушениями.

### **Литература**

1. Антохин Е.Ю., Буфетов Д.В., Тронь К.К. Особенности психозащитного поведения детей с интеллектуальной недостаточностью // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 81–85.
2. Барсукова О.В. Психологическая защита ребёнка дошкольного возраста от деструктивного влияния родителей : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ростов-н/Д, 2000. – 23 с.
3. Бернардо С.З. Особенности психических ресурсов личности в раннем юношеском возрасте (копинг-стратегии, защитные механизмы, социальный интеллект и общий интеллект) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2000. – 22 с.
4. Богомолов А.М. Структурно-динамические свойства системы психологической защиты у детей подросткового возраста : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 24 с.
5. Вербрюгген А.А. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2008. – 19 с.
6. Ветрова И.И. Развитие контроля поведения, совладания и психологических защит в подростковом возрасте : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 26 с.
7. Галицина Е.Ю. Особенности защитных механизмов личности и семейных отношений у детей, страдающих бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2017. – 25 с.
8. Головина С.Г. Особенности становления психологической защиты в младшем школьном возрасте : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2008. – 25 с.
9. Головко П.В. Специфика формирования эго-защитных механизмов и состояния здоровья у детей, воспитывающихся в детских домах : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 32 с.
10. Гущина Т.В. Защитное и совладающее поведение в дисфункциональной семье в период кризиса : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2005. – 28 с.
11. Кабанов И.С. Психологические особенности защитного поведения у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в различных социальных условиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2014. – 31 с.
12. Карина О.В. Социально-психологические особенности проявления защитных механизмов у детей в условиях приюта : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Иваново, 2005. – 24 с.

13. Карпов А.Б. Механизмы психологической защиты и стратегии преодоления в переходный период подросткового к юношескому возрасту : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2006. – 28 с.
14. Ковалева Е.Б. Способы психологической защиты детей старшего дошкольного возраста с повышенной тревожностью и их коррекция : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Иркутск, 1998. – 23 с.
15. Колосова Т.А. Копинг-поведение и механизмы психологической защиты у подростков с умственной отсталостью : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 25 с.
16. Королева А.П. Психологические защиты у младших школьников с различным социометрическим статусом : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 24. с.
17. Крыгина С.Н. Особенности психологической защиты подростков, воспитывающихся в условиях детского дома, в ситуации общения со сверстниками из семей : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1993. – 18 с.
18. Куфтяк Е.В. Психологическое здоровье и защитные механизмы (психологические защиты и совладание) в детском возрасте [Электронный ресурс] / Е.В. Куфтяк // Психологические исследования. – 2016. – Т. 9, № 49. – С. 4. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n49/1335-kuftyak49.html> (дата обращения: 23.02.2020).
19. Лясина Е.С. Психологическая защита у акцентуированных подростков с умственной отсталостью : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2008. – 25 с.
20. Михайлюк Е.Б. Особенности защитно-совладающего поведения девиантных подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ростов-н/Д, 2006. – 24 с.
21. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб. : «Речь», 2010. – 352 с.
22. Носов С.С. Взаимосвязь психологических защит и полоролевой идентификации (на примере подростков) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 28 с.
23. Охотникова Н.А. Особенности защитных механизмов у детей с проблемами социальной адаптации : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 24 с.
24. Пугачева Е.Н. Использование психологической защиты подростками в зависимости от уровня их интеллектуального развития // Master's Journal. – 2015. – № 1. – С. 381–391.
25. Рассудова Л.А. Механизмы преодоления деструктивных психологических защит учащихся образовательных учреждений закрытого типа : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кемерово, 2013. – 22 с.
26. Руськина Е.Н. Формирование психологической защиты от манипулятивных воздействий у школьников : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Саратов, 2009. – 23 с.
27. Русаяева И.А. Развитие системы психологической защиты ребёнка в детско-материнских отношениях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2015. – 25 с.
28. Скиба Н.В. Психологическая защита как средство личностного разви-

- тия подростков : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Курск, 2006. – 24 с.
29. Соловьева А.В. Закономерности проявления психологической защиты в период полового созревания : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 22 с.
30. Терентьева Н.П. Особенности психологической защиты у слабовидящих и слабослышащих подростков : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004. – 28 с.
31. Тулупьева Т.В. Психологическая защита и особенности личности в период ранней юности : дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2001. – 173 с.
32. Цветкова Н.В., Иванова С.И. Психологические защиты подростков с задержкой психического развития, воспитывающихся в учреждениях закрытого типа [Электронный ресурс] // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 109–115. - URL: <http://e-koncept.ru/2016/56130.htm>. (дата обращения: 23.02.2020).
33. Чегина И.С. Взаимосвязь образа Я и психологических защит детей старшего дошкольного возраста в системе отношений «мать-ребёнок» : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Саратов, 2010. – 27 с.
34. Чиркова Ю.В. Психологические особенности защитного поведения у младших школьников с задержкой психического развития : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2003. – 28 с.
35. Чумакова Е.В. Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия : дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 1998. – 196 с.
36. Шешукова Н.Н., Хмелькова Е.В. Особенности психологических защит подростков с задержанным развитием, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа семьи // Современные тенденции развития науки и технологии. – 2016. – № 1–9. – С. 134–136.

Поступила 24.02.2020

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

**Для цитирования.** Заширинская О.В., Турчанинов Е.Е. Теоретический обзор научных работ по изучению психологических защит при нормальном и нарушенном интеллекте // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 87–99.

---

**THEORETICAL REVIEW OF SCIENTIFIC WORKS ON THE STUDY OF PSYCHOLOGICAL PROTECTIONS WITH NORMAL AND DISTURBED INTELLIGENCE**

**Zashchirinskaia O.V.<sup>1</sup>, Turchaninov E.E.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Secondary school N 602 of the Petrodvorets district of St. Petersburg (Safronov Str., 5, Lomonosov, Russia).

✉ Oksana Vladimirovna Zashchirinskaia – Dr. Psychol. Sci., Associate Professor of the Department of Pedagogy and Pedagogical Psychology of the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: zaoks@mail.ru;

Evgeny Evgenievich Turchaninov – teacher-psychologist Secondary School N 602 of the Petrodvortsovy District of St. Petersburg (Safronov Str., 5, Lomonosov, 198412, Russia), e-mail: turchaninov.j@mail.ru.

**Abstract.** The psychological health of children, adolescents and young people with impaired intelligence is one of the urgent problems in the field of modern medical psychology. In this regard, it is important to analyze the foundation of scientific and practical work in this area. In this article, the authors attempted to analyze the scientific publications of domestic abstracts and dissertations on issues related to the study of the mechanisms of psychological defense in people of different ages with normal and impaired intelligence.

**Key words:** psychological defense, incomplete family, mild mental retardation, adolescence.

## References

1. Antokhin E.Yu., Bufetov D.V., Tron K.K. Osobennosti psihozashitnogo povedeniya detej s intellektualnoj nedostatochnostyu [Features of psycho-protective behavior of children with intellectual disability]. *Teoreticheskaya i eksperimentalnaya psihologiya* [Theoretical and experimental psychology]. 2016. Vol. 9, N 2. Pp. 81–85. (In Russ.)
2. Barsukova O.V. Psihologicheskaya zashhita rebyonka doshkolnogo vozrasta ot destruktivnogo vliyanija roditelej [Psychological protection of a preschool child from the destructive influence of parents] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Rostov-on-Don. 2000. 23 p. (In Russ.)
3. Bernardo C.Z. Osobennosti psihicheskikh resursov lichnosti v rannem yunosheskom vozraste (kopig-strategii, zashhitnye mehanizmy, socialnyj intellekt i obshhij intellekt) [Features of mental resources of a person in early adolescence (copy-strategies, defense mechanisms, social intelligence and general intelligence)] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2000. 22 p. (In Russ.)
4. Bogomolov A.M. Strukturno-dinamicheskie svojstva sistemy psihologicheskoy zashhity u detej podrostkovogo vozrasta [Structural and dynamic properties of the psychological defense system in adolescent] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2005. 24 p. (In Russ.)
5. Verbruggen A.A. Zashhitnye mehanizmy i kopig-strategii u detej s dvigatelnymi narusheniyami i ih roditelej [Protective mechanisms and coping strategies in children with motor impairments and their parents] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 19 p. (In Russ.)
6. Vetrova I.I. Razvitie kontrolya povedeniya, sovladaniya i psihologicheskix zashhit v podrostkovom vozraste [Development of control of behavior, coping and psychological defense in adolescence] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2011. 26 p. (In Russ.)
7. Galitsina E.Yu. Osobennosti zashhitnyh mehanizmov lichnosti i semejnyh

otnoshenij u detej, stradayushhih bronhialnoj astmoj [Features of the protective mechanisms of personality and family relationships in children suffering from bronchial asthma] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2017. 25 p. (In Russ.)

8. Golovina S.G. Osobennosti stanovleniya psihologicheskoy zashhity v mladshem shkolnom vozraste [Features of the formation of psychological defense in primary school age] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 25 p. (In Russ.)

9. Golovko P.V. Specifika formirovaniya ego-zashhitnyh mexanizmov i sostoyaniya zdorovya u detej, vospityvayushhihsya v detskih domah [The specifics of the formation of ego-protective mechanisms and health status in children brought up in orphanages] : Abstract dissertation PhD. Psichol. Sci. Sankt-Peterburg. 2004. 32 p. (In Russ.)

10. Gushchina T.V. Zashhitnoe i sovladayushhee povedenie v disfunktionalnoj seme v period krizisa [Protective and coping behavior in a dysfunctional family during a crisis] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Kostroma. 2005. 28 p. (In Russ.)

11. Kabanov I.S. Psihologicheskie osobennosti zashhitnogo povedeniya u detej doshkolnogo vozrasta, vospityvayushhihsya v razlichnyh socialnyh usloviyah [Psychological features of protective behavior in preschool children brought up in various social conditions] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2014. 31 p. (In Russ.)

12. Karina O.V. Socialno-psihologicheskie osobennosti proyavleniya zashhitnyh mehanizmov u detej v usloviyah priyuta [Socio-psychological features of the manifestation of protective mechanisms in children in a shelter] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Ivanovo. 2005. 24 p. (In Russ.)

13. Karpov A.B. Mehanizmy psihologicheskoy zashhity i strategii preodoleniya v perehodnyj period podrostkovogo k yunosheskomu vozrastu [Psychological defense mechanisms and coping strategies during the transition period from adolescence to adolescence] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2006. 28 p. (In Russ.)

14. Kovaleva E.B. Sposoby psihologicheskoy zashhity detej starshego doshkolnogo vozrasta s povyshennoj trevozhnostyu i ih korrekciya [Methods of psychological protection of older preschool children with increased anxiety and their correction] : Abstract dissertation PhD. Psichol. Sci. Irkutsk. 1998. 23 p. (In Russ.)

15. Kolosova T.A. Koping-povedenie i mehanizmy psihologicheskoy zashhity u podrostkov s umstvennoj otstalostyu [Coping behavior and psychological defense mechanisms in adolescents with mental retardation] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2007. 25 p. (In Russ.)

16. Koroleva A.P. Psihologicheskie zashhity u mladshih shkolnikov s razlichnym sociometricheskim statusom [Psychological defenses in primary school students with different sociometric status] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2007. 24. p. (In Russ.)

17. Krygina S.N. Osobennosti psihologicheskoy zashhity podrostkov, vospityvayushhihsya v usloviyah detskogo doma, v situacii obshheniya so sverstnikami iz semej [Features of psychological protection of adolescents brought up in an orphanage, in a situation of communication with peers from families] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 1993. 18 p. (In Russ.)

18. Kuftyak E.V. Psihologicheskoe zdorove i zashhitnye mehanizmy (psihologicheskie zashhity i sovladanje) v detskom vozraste [Psychological health and protective mechanisms (psychological defense and coping) in childhood]. *Psihologicheskie issledovaniya* [Psychological research]. Vol. 9, N 49. 2016. P. 4. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n49/1335-kuftyak49.html> (accessed: 02.23.2020). (In Russ.)
19. Lyasina E.S. Psihologicheskaya zashita u akcentuirovannyh podrostkov s umstvennoj otstalostyu [Psychological protection in accentuated adolescents with mental retardation] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 25 p. (In Russ.)
20. Mikhaylyuk E.B. Osobennosti zashhitno-sovladayushhego povedeniya deviantnyh podrostkov [Features of protective-coping behavior of deviant adolescents] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Rostov-on-Don. 2006. 24 p. (In Russ.)
21. Nikolskaya I.M., Granovskaya R.M. Psihologicheskaya zashhita u detej [Psychological protection in children]. Sankt-Peterburg. 2010. 352 p. (In Russ.)
22. Nosov S.S. Vzaimosvyaz psihologicheskikh zashhit i polorolevoj identifikacii (na primere podrostkov) [The relationship of psychological defense and gender-role identification (for example, adolescents)] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2011. 28 p. (In Russ.)
23. Okhotnikova N.A. Osobennosti zashhitnyh mehanizmov u detej s problemami socialnoj adaptacii [Features of protective mechanisms in children with problems of social adaptation] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2007. 24 p. (In Russ.)
24. Pugacheva E.N. Ispolzovanie psihologicheskoy zashhity podrostkami v zavisimosti ot urovnya ih intellektualnogo razvitiya [The use of psychological protection by adolescents depending on the level of their intellectual development]. *Masters Journal*. 2015. N 1. Pp. 381-391. (In Russ.)
25. Rassudova L.A. Mehanizmy preodoleniya destruktivnyh psihologicheskikh zashhit uchashhihsya obrazovatelnyh uchrezhdenij zakrytogo tipa [Mechanisms for overcoming destructive psychological defenses of students of closed educational institutions] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Kemerovo. 2013. 22 p. (In Russ.)
26. Ruskina E.N. Formirovanie psihologicheskoy zashhity ot manipulyativnyh vozdejstvij u shkolnikov [The formation of psychological protection against manipulative influences among school students] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Saratov. 2009. 23 p. (In Russ.)
27. Rusyaeva I.A. Razvitie sistemy psihologicheskoy zashhity rebyonka v detsko-materinskikh otnosheniyx [Development of a child's psychological defense system in maternal and child relations] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Kostroma. 2015. 25 p. (In Russ.)
28. Skiba N.V. Psihologicheskaya zashhita kak sredstvo lichnostnogo razvitiya podrostkov [Psychological protection as a means of personal development of adolescents] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Kursk. 2006. 24 p. (In Russ.)
29. Solovyova A.V. Zakonomernosti proyavleniya psihologicheskoy zashhity v period polovogo sozrevaniya [Patterns of manifestation of psychological protection during puberty] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2009. 22 p. (In Russ.)

30. Terentyeva N.P. Osobennosti psihologicheskoy zashhity u slabovidyashhih i slaboslyshashhih podrostkov [Features of psychological protection in visually impaired and hard of hearing teenagers] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2004. 28 p. (In Russ.)
31. Tulupyeva T.V. Psihologicheskaya zashhita i osobennosti lichnosti v period rannej yunosti [Psychological protection and personality traits in early adolescence] : Dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2001. 173 p. (In Russ.)
32. Tsvetkova N.V., Ivanova S.I. Psihologicheskie zashhity podrostkov s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya, vospityvayushhihsya v uchrezhdeniyah zakrytogo tipa [Psychological protection of adolescents with mental retardation brought up in closed institutions]. *Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal «Koncept»* [Scientific and methodical electronic journal "Concept"]. 2016. Vol. 8. Pp. 109–115. URL: <http://e-koncept.ru/2016/56130.htm>. (Date of treatment: 02/23/2020). (In Russ.)
33. Chegin I.S. Vzaimosvyaz obraza Ya i psihologicheskikh zashhit detej starshego doshkolnogo vozrasta v sisteme otnoshenij «mat-rebyonok» [The relationship of the image of I and the psychological protection of children of preschool age in the system of relations «mother-child»] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Saratov. 2010. 27 p. (In Russ.)
34. Chirkova Yu.V. Psihologicheskie osobennosti zashhitnogo povedeniya u mladshih shkolnikov s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya [Psychological features of protective behavior in elementary school students with a delay in mental development] : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2003. 28 p. (In Russ.)
35. Chumakova E.V. Psihologicheskaya zashhita lichnosti v sisteme detskoroditelskogo vzaimodejstviya [Psychological protection of personality in the system of child-parent interaction] : Dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 196 p. (In Russ.)
36. Sheshukova N.N., Khmelkova E.V. Osobennosti psihologicheskikh zashhit podrostkov s zaderzhannym razvitiem, vospityvayushhihsya v uchrezhdeniyah internatnogo tipa semi [Peculiarities of psychological protection of adolescents with developmental delay brought up in institutions of a boarding family type]. *Sovremennye tendencii razvitiya nauki i tehnologii* [Modern trends in the development of science and technology]. N 1-9. 2016. Pp. 134–136. (In Russ.)

Received 24.02.2020

**For citing.** Zashhirinskaya O.V., Turchaninov E.E. Teoreticheskij obzor nauchnykh rabot po izucheniyu psikhologicheskikh zashhit pri normal'nom i narušennom intellekte. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 87–99. (In Russ.)

Zashhirinskaia O.V., Turchaninov E.E. Theoretical review of scientific works on the study of psychological protections with normal and disturbed intelligence. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 87–99.

## **МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕАКТИВНОЙ АСТЕНИИ У СПОРТСМЕНОВ**

<sup>1</sup> Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48);

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9);

<sup>3</sup> Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смолячкова, 14/1).

Целью работы явилось исследование реактивной астении и ее коррекция у спортсменов. В качестве воздействия в течение 3 месяцев применялась авторская методика профилактики реактивной астении у спортсменов 13–15 лет, состоящая из 3 этапов. Выявлено значительное увеличение показателя вовлеченности, жизнестойкости и интернальности неудач у испытуемых. Результаты исследования показали, что коррекция астенического синдрома позволяет повысить соревновательную надежность юных спортсменов и их самооценку здоровья. Была достигнута положительная динамика в показателях самочувствия, жизнестойкости и интернальности достижений на фоне снижения утомляемости. Представлены результаты корреляционного анализа ряда параметров, что подтвердило успешность примененной методики профилактики реактивной астении у спортсменов.

**Ключевые слова:** реактивная астения, профилактика, спортсмены, корреляционный анализ.

✉ Костов Федор Федорович – ст. препод. каф. теории и организации физич. культуры ин-та физич. культуры и спорта, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: Fedya1990@list.ru;

Родичкин Павел Васильевич – д-р мед. наук проф., проф. каф. теории и организации физ. культуры ин-та физ. культуры и спорта, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: rodichkin.pavel@gmail.com;

Бузник Галина Викторовна – канд. мед. наук, ассистент кафедры последипломного мед. образования, Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9), e-mail: busl@gmail.com;

Лымаренко Валерий Михайлович – канд. мед. наук, доцент каф. психофизиологии, Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смолячкова, 14/1), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Яковлев Евгений Васильевич – канд. мед. наук, доцент каф. психофизиологии, Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смолячкова, 14/1), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

## **Введение**

Накопительный эффект утомления совместно с эмоциональными переживаниями у спортсменов может приводить к постепенному развитию реактивной астении [5]. В разработке профилактических методик важное положение занимает не только теоретическое обоснование состава психогигиенических приёмов, но и выявление психофизиологических параметров, которые определяются в качестве основных показателей донозологического развития заболевания. В дальнейшем данные показатели служат для установления результативности примененной методики профилактики реактивной астении у спортсменов [2], но также могут выступать ориентиром в создании новых разработок или улучшения имеющихся.

Данное исследование является частью работы в рамках профилактики реактивной астении у юных спортсменов. На базе теоретических предпосылок и данного корреляционного анализа была составлена и успешно применена методика профилактики реактивной астении у спортсменов-легкоатлетов и биатлонистов.

## **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе ГБОУ Детско-юношеская спортивная школа Красногвардейского района Санкт-Петербурга и ГБОУ Средняя общеобразовательная школа № 349 Санкт-Петербурга. В данном корреляционном анализе представлены показатели 31 респондента, 13 занимались легкой атлетикой и 18 биатлоном. Для разделения спортсменов 13–15 лет на группы была использована методика Дж. Тейлор. Спортсмены с показателем тревожности ниже 15 баллов вошли в группу с нормальной тревожностью, численностью 19 человек. Спортсмены с показателем тревожности выше 15 баллов вошли в группу с высокой тревожностью, численностью 12 человек (табл. 1).

Таблица 1  
Общее количество респондентов исследования

Группа	Вид спорта		Пол		Кол-во человек
	Легкая атлетика	Биатлон	М	Ж	
Нормальная тревожность	9	10	4	15	19
Высокая тревожность	4	8	3	9	12
Всего:	13	18	7	24	31

Разделения испытуемых на группы было призвано доказать результативность профилактической методики для лиц с разной психоэмоциональной устойчивостью и подчеркнуть значимость данных психологических мероприятий в тренировочно-спортивной деятельности.

Для оценки психологического профиля респондентов использовались следующие психодиагностические методики [1]:

- 1) шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина;
- 2) методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлор в адаптации В.Г. Норакидзе;
- 3) самооценка состояния по методике САН (самочувствие, активность, настроение);
- 4) субъективная шкала оценки общей утомляемости, многоуровневая оценка усталости MFI-20;
- 5) оценка интернальности и экстернальности достижений и неудач по двум соответствующим шкалам методики УСК Е.Ф. Бажина с соавт.;
- 6) краткая версия теста жизнестойкости Е.Н. Осины, Е.И. Рассказовой. Позволяет исследовать ряд показателей: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Основой для применения методики [2, 3] служили следующие приемы психологической саморегуляции, которые проводились в период тренировочного цикла спортсменов:

- 1) прогрессивная нервно-мышечная релаксация;
- 2) дыхательные упражнения;
- 3) психофункциональная тренировка.

На первом этапе освоения приёмов прогрессивной нервно-мышечной релаксации еженедельно после тренировок проводились 2 занятия продолжительностью не менее 20 минут. Спортсменам предлагалось выполнить 13 упражнений, каждое упражнение, кроме последнего, повторялось 2 раза. Пауза между повторами составляла 15 секунд, между упражнениями – 25 секунд. На втором этапе программы использовалось сочетание приёмов прогрессивной нервно-мышечной релаксации и релаксирующего дыхательного упражнения. На третьем этапе использовалось комплексное сочетание приёмов прогрессивной нервно-мышечной релаксации, дыхательных упражнений, а также мысленного образа «глубокого покоя» в перерывах между подходами и упражнениями.

Для статистической обработки была сформирована база данных, включающая признаки и переменные по каждому обследованному. Прове-

дена оценка закона распределения количественных показателей. При нормальном распределении показатели оценивались с помощью параметрических методов. Параметрические критерии использованы при исследовании интервальных шкал в выборках с нормальным распределением. Различия считались статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ . Математические закономерности при исследовании данных, соответствующих порядковой шкале, выявляли с помощью непараметрических методов. Для проведения корреляционного анализа был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена [4].

## Результаты исследования

Полученные результаты после применения методики у группы с нормальной тревожностью продемонстрировали статистически значимый рост показателей: самочувствия (увеличение на 5 %,  $p < 0,01$ ), вовлеченности (увеличение на 6,4 %,  $p < 0,01$ ), жизнестойкости (увеличение на 8 %,  $p < 0,01$ ) (табл. 2).

В то же время снизились показатели общей астении (уменьшение на 20 %;  $p < 0,05$ ), пониженной активности (уменьшение на 18 %;  $p < 0,01$ ), физической астении (уменьшение на 17 %;  $p < 0,01$ ), общей сумме баллов «MFI-20» (уменьшение на 11 %;  $p < 0,01$ ), шкалы тревожности Дж. Тейлор (уменьшение в среднем на 5 %;  $p < 0,01$ ), ситуативной тревожности (уменьшение на 11 %;  $p < 0,01$ ).

У респондентов группы с высокой тревожностью были выявлены следующие статистически значимые сдвиги: выросли показатели самочувствия (увеличение в среднем на 8 %;  $p < 0,01$ ), активности (увеличение на 11 %;  $p < 0,01$ ), настроения (увеличение на 4 %;  $p < 0,01$ ) вовлеченности (увеличение на 5 %;  $p < 0,01$ ), контроля (увеличение на 20 %;  $p < 0,01$ ), принятия риска (увеличение на 13 %;  $p < 0,01$ ), суммы всех шкал жизнестойкости (увеличение на 12 %;  $p < 0,01$ ), интернальности достижений (увеличение на 16-17 %;  $p < 0,01$ ), интернальности неудач (увеличение на 15 %;  $p < 0,01$ ).

При этом снизились показатели общей астении (уменьшение в среднем на 30 %;  $p < 0,01$ ), мотивации (уменьшение в среднем на 12%;  $p < 0,01$ ), физической астении (уменьшение на 30 %;  $p < 0,01$ ), психической астении (уменьшение на 18 %;  $p < 0,01$ ), суммарного показателя «MFI-20» (уменьшение на 30 %;  $p < 0,01$ ), шкалы тревожности (уменьшение показателя на 32 %;  $p < 0,01$ ), ситуативной тревожности (уменьшение показателя на 8 %;  $p < 0,01$ ), личностной тревожности (уменьшение показателя на 31 %;  $p < 0,01$ ).

Таблица 2

Результаты применения методики профилактики реактивной астении

Параметр	Группа с нормальной тревожностью (n = 19)			Группа с высокой тревожностью (n = 12)		
	M1 ± σ	M2 ± σ	p	M1 ± σ	M2 ± σ	p
ШТ	10,58 ± 1,57	9,11 ± 1,19	p < 0,01	22,0 ± 4,49	17,25 ± 2,8	p < 0,01
СТ	35,32 ± 2,93	31,95 ± 2,46	p < 0,01	42,75 ± 7,79	39,41 ± 8,84	p < 0,01
ЛТ	40,89 ± 4,81	39,21 ± 5,52	p > 0,05	52,5 ± 4,34	44,25 ± 5,34	p < 0,01
С	5,68 ± 0,59	5,81 ± 0,59	p < 0,01	5,53 ± 0,82	6,0 ± 0,77	p < 0,01
А	5,02 ± 0,93	5,18 ± 0,74	p < 0,01	4,65 ± 1,18	5,23 ± 0,73	p < 0,01
Н	6,25 ± 0,66	6,19 ± 0,62	p > 0,05	5,6 ± 0,79	5,98 ± 0,91	p < 0,01
ОА	8,52 ± 3,13	7,74 ± 2,38	p < 0,01	10,25 ± 4,63	7,75 ± 2,7	p < 0,01
ПА	8,26 ± 2,18	7,00 ± 2,33	p < 0,05	7,0 ± 2,66	5,75 ± 1,36	p > 0,05
СМ	6,95 ± 2,46	6,92 ± 2,25	p < 0,01	6,25 ± 1,36	5,5 ± 1,17	p < 0,01
ФА	6,84 ± 1,83	5,79 ± 0,92	p < 0,01	8,0 ± 1,95	5,5 ± 1,17	p < 0,01
ПсА	8,21 ± 2,18	6,42 ± 2,06	p > 0,05	7,5 ± 1,17	5,75 ± 1,36	p < 0,01
MFI-20	38,84 ± 5,75	33,68 ± 4,37	p > 0,05	38,25 ± 6,45	30,25 ± 4,92	p < 0,01
Вовл.	22,32 ± 4,74	23,32 ± 4,28	p < 0,01	18,25 ± 4,33	19,25 ± 4,2	p < 0,01
Контроль	15,53 ± 3,17	17,05 ± 2,12	p > 0,05	11,75 ± 3,08	13,75 ± 3,72	p < 0,01
Риск	11,16 ± 2,85	11,11 ± 1,49	p > 0,05	7,0 ± 3,22	9,25 ± 3,41	p < 0,01
Жизн.	49 ± 6,98	51,47 ± 6,28	p < 0,01	37,0 ± 10,42	42,5 ± 11,64	p < 0,01
ИД	7,89 ± 2,16	8,63 ± 2,17	p > 0,05	4,5 ± 2,15	6,25 ± 0,87	p < 0,01
ИН	4,05 ± 1,68	5,26 ± 1,4	p < 0,01	4,75 ± 2,01	6,0 ± 1,65	p < 0,01

Условные обозначения: «ШТ» – шкала тревожности; «СТ» – ситуативная тревожность; «ЛТ» – личностная тревожность; «С» – самочувствие; «А» – активность; «Н» – настроение; «ОА» – общая астения, «ПА» – пониженная активность, «СМ» – снижение мотивации, «ФА» - физическая астения, «ПсА» – психическая астения, «MFI-20» – сумма баллов MFI-20; «Вовл.» – шкала вовлеченность, «Контроль» – шкала контроля, «Риск» – шкала принятие риска, «Жизн.» – жизнестойкость; «ИД – интернальность достижений; «ИН» – интернальность неудач.

Для проведения корреляционного анализа был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена для каждой из групп исследования. Для выборки 19 человек  $R_{\text{пороговое}} = 0,456$ , а для выборки 12 человек  $R_{\text{пороговое}} = 0,576$ . Значения  $R_s = 0,575$  для выборки 12 человек также учитывалось ( $p \leq 0,05$ ).

В изображённых ниже корреляционных матрицах данные методик субъективная шкала оценки астении (MFI-20) и краткая версия теста жиз-

нестойкости Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой (Жизн.) представлены в виде суммарных значений.

У группы с нормальной тревожностью прямую связь имеют следующие параметры: личностная тревожность и шкала тревожности ( $R_s = 0,526$ ;  $p \leq 0,05$ ); активность и самочувствие ( $R_s = 0,805$ ;  $p \leq 0,01$ ); настроение и самочувствие ( $R_s = 0,883$ ;  $p \leq 0,01$ ), а также настроение и активность ( $R_s = 0,837$ ;  $p \leq 0,01$ ); интернальность неудач и жизнестойкость ( $R_s = 0,896$ ;  $p \leq 0,01$ ) (табл. 3).

Таблица 3  
Корреляционная матрица группы с нормальной тревожностью ( $n = 19$ )

	ШТ	СТ	ЛТ	С	А	Н	MFI-20	Жизн.	ИД	ИН
ШТ	1,00									
СТ	0,221	1,00								
ЛТ	0,526	0,404	1,00							
С	0,031	-0,405	0,023	1,00						
А	0,226	-0,233	-0,089	0,805	1,00					
Н	0,325	-0,227	0,077	0,883	0,837	1,00				
MFI-20	0,053	0,247	0,400	-0,193	-0,188	-0,279	1,00			
Жизн.	-0,365	-0,625	-0,605	0,278	0,299	0,296	-0,508	1,00		
ИД	0,028	-0,664	-0,004	0,251	0,033	0,121	-0,05	0,313	1,00	
ИН	-0,376	-0,443	-0,524	0,418	0,393	0,395	-0,521	0,896	0,116	1,00

Условные обозначения: «ШТ» – шкала тревожности; «СТ» – ситуативная тревожность; «ЛТ» – личностная тревожность; «С» – самочувствие; «А» – активность; «Н» – настроение; «MFI-20» – сумма баллов MFI-20; «Жизн.» – жизнестойкость; «ИД» – интернальность достижений; «ИН» – интернальность неудач.

Обратная связь выявлена у показателей: жизнестойкости с ситуативной ( $R_s = -0,625$ ;  $p \leq 0,01$ ) и личностной ( $R_s = -0,605$ ;  $p \leq 0,01$ ) тревожностью, жизнестойкости и суммы баллов MFI-20 ( $R_s = -0,508$ ;  $p \leq 0,05$ ); интернальности достижений и ситуативной тревожности ( $R_s = -0,664$ ;  $p \leq 0,01$ ); интернальности неудач с показателями личностной тревожности ( $R_s = -0,524$ ;  $p \leq 0,05$ ) и суммы баллов MFI-20 ( $R_s = -0,521$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, жизнестойкость и интернальность локус контроля препятствует повышению тревожности и развитию астенических проявлений. Поэтому при подборе профилактических средств необходимо акцентировать внимание на роли спортсмена в регуляции собственных состояний для повышения его вовлеченности в процесс.

Анализ данных группы с высокой тревожностью показал прямую связь следующих параметров: настроение и активность ( $R_s = 1,00$ ;  $p \leq 0,01$ ); активности и самочувствия ( $R_s = 0,575$ ;  $p \leq 0,05$ ); настроения и самочувствия ( $R_s = 0,575$ ;  $p \leq 0,05$ ); сумма баллов MFI-20 со шкалой тревожности ( $R_s = 0,811$ ;  $p \leq 0,01$ ) и ситуативной тревожностью ( $R_s = 0,811$ ;  $p \leq 0,01$ ); жизнестойкость и самочувствие ( $R_s = 0,670$ ;  $p \leq 0,05$ ), интернальность достижений с активностью ( $R_s = 1,00$ ;  $p \leq 0,01$ ), настроением ( $R_s = 1,00$ ;  $p \leq 0,01$ ) и самочувствием ( $R_s = 0,575$ ;  $p \leq 0,05$ ); интернальность неудач с самочувствием ( $R_s = 0,764$ ;  $p \leq 0,01$ ) (табл. 4).

Таблица 4  
Корреляционная матрица группы с высокой тревожностью ( $n = 12$ )

	ШТ	СТ	ЛТ	С	А	Н	MFI-20	Жизн.	ИД	ИН
ШТ	1,00									
СТ	0,434	1,00								
ЛТ	-0,322	0,434	1,00							
С	0,009	-0,747	-0,463	1,00						
А	0,292	-0,18	-0,747	0,575	1,00					
Н	0,292	-0,18	-0,747	0,575	1,00	1,00				
MFI-20	0,811	0,811	0,245	-0,463	-0,18	-0,18	1,00			
Жизн.	-0,699	-0,699	-0,133	0,67	0,386	0,386	-0,888	1,00		
ИД	0,292	-0,18	-0,747	0,575	1,00	1,00	-0,18	0,386	1,00	
ИН	0,434	-0,51	-0,322	0,764	0,198	0,198	0,056	0,056	0,198	1,00

Условные обозначения: «ШТ» – шкала тревожности; «СТ» – ситуативная тревожность; «ЛТ» – личностная тревожность; «С» – самочувствие; «А» – активность; «Н» – настроение; «MFI-20» – сумма баллов MFI-20; «Жизн.» – жизнестойкость; «ИД» – интернальность достижений; «ИН» – интернальность неудач.

Обратная связь обнаружена между: самочувствием и ситуативной тревожностью ( $R_s = -0,747$ ;  $p \leq 0,01$ ); активностью и личной тревожностью ( $R_s = -0,747$ ;  $p \leq 0,01$ ); настроением и личной тревожностью ( $R_s = -0,747$ ;  $p \leq 0,01$ ); жизнестойкостью, шкалой тревожности ( $R_s = -0,699$ ;  $p \leq 0,05$ ) и личной тревожностью ( $R_s = -0,699$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также суммой баллов MFI-20 ( $R_s = -0,888$ ;  $p \leq 0,01$ ); интернальностью достижений и личной тревожностью ( $R_s = -0,747$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Спортсмены с высокой тревожностью имеют более высокий риск развития астенических заболеваний. У них чаще прослеживается отрицательная корреляция показателей самооценки здоровья со шкалами тревож-

ности. Это говорит о недостаточном уровне их психоэмоциональной устойчивости. При росте тревожности прогнозируется развитие астении и снижение активности, а при повышении жизнестойкости и интернальности, наоборот, ожидается угасание астенических процессов.

Успешное применение экспериментальной методики свидетельствует о возможности использовать представленные выше результаты корреляционного анализа для разработок иных способов профилактики реактивной астении. Основой должно выступать понимание того, что тревожность есть главный стрессор, провоцирующий развитие реактивной астении, и что реактивная астения развивается поэтапно в результате накопленной усталости.

## **Выводы**

В результате исследования получены данные по устойчивой корреляционной связи между повышением тревожности, развитием астенических проявлений, ухудшением самочувствия и снижением жизнестойкости. Это говорит о тревожности как главном стрессоре в развитии реактивной астении. Полученные результаты могут быть использованы для коррекции накопленной усталости и начинаящейся дезадаптации у спортсменов.

## **Литература**

1. Астенические расстройства в терапевтической практике: руководство по диагностике и лечению / под ред. А.В. Шаброва, С.Л. Соловьевой. – СПб. : ИнформМед, 2011. – 287 с.
2. Костов Ф.Ф., Родичкин П.В. Диагностика астенического синдрома и методика профилактики реактивной астении у спортсменов // Культура физическая и здоровье. – 2018. – Т. 65, № 1. – С. 139–144
3. Костов Ф.Ф., Родичкин П.В., Пономарев Г.Н. Коррекция самооценки здоровья в рамках профилактики реактивной астении у спортсменов 13–15 лет // Теория и практика физической культуры. – 2018. – № 8. – С. 9–12
4. Кутейников А.Н. Математические методы в психологии: учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2008. – 172 с.
5. Zvolensky M.J., Lejuez C.W., Eifert G.H. Prediction and control: operational definitions for the experimental analysis of anxiety // Behaviour research and therapy. – 2000. – Vol. 38, № 7. – P. 653–663.

Поступила 01.03.2020

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

**Для цитирования.** Костов Ф.Ф., Родичкин П.В., Бузник Г.В., Лымаренко В.М., Яковлев Е.В. Методика профилактики донозологических проявлений реактивной астении у спортсменов // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 100–109.

---

**METHOD OF PREVENTION OF DONOSOLOGOUS MANIFESTATIONS  
OF REACTIVE ASTENIA IN ATHLETES**

**Kostov F.F.<sup>1</sup>, Rodichkin P.V.<sup>1</sup>, Buznik G.V.<sup>2</sup>,  
Lymarenko V.M.<sup>3</sup>, Yakovlev E.V.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Moika River Emb., 48, Saint Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Saint Petersburg University  
(Universitetskaya Emb., 7-9, St. Petersburg, Russia);  
<sup>3</sup>University associated with the Interparliamentary Assembly EAEC  
(Smolyachkov Str., 14/1, St. Petersburg, Russia).

✉ Fedor Fedorovich Kostov – the senior teacher of department of the theory and the organization of physical culture of institute of physical culture and sport, Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika River Emb., 48, Saint Petersburg, 191186, Russia), e-mail: Fedy1990@list.ru;

Pavel Vasilyevich Rodichkin – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of department of the theory and the organization of physical culture of institute of physical culture and sport, Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika River Emb., 48, Saint Petersburg, 191186, Russia), e-mail: rodichkin.pavel@gmail.com;

Galina Viktorovna Buznik – PhD Med. Sci., assistant department of postdegree medical education, St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7-9, St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: busl@gmail.com;

Valery Mikhaylovich Lymarenko – PhD Med. Sci., the associate professor of psychophysiology, University associated with the Interparliamentary Assembly EAEC (Smolyachkov Str., 14/1, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD Med. Sci., the associate professor of psychophysiology, University associated with the Interparliamentary Assembly EAEC (Smolyachkov Str., 14/1, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

**Abstract.** The purpose of the work was to study reactive astenia and its correction in athletes. As an effect for 3 months the author's method of prevention of reactive asthenia in athletes of 13-15 years was used, consisting of 3 stages. A significant increase in the indicator of involvement, resilience and internality of failures in the subjects was revealed. The results of the study showed that correction of asthenic syndrome allows to increase competitive reliability of young athletes and their self-esteem of health. Positive dynamics were achieved in indicators of well-

being, resilience and internality of achievements against the background of reduced fatigue. The results of correlation analysis of a number of parameters are presented, which confirmed success of tested method of prevention of reactive astenia in athletes.

**Key words:** reactive asthenia, prevention, athletes, correlation analysis.

### References

1. Astenicheskie rasstrojstva v terapeuticheskoy praktike: rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu [Astenic Disorders in Therapeutic Practice: Manual for Diagnosis and Treatment]. Ed. : A.V. Shabrova, S.L. Soloveva. Sankt-Peterburg. 2011. 287 p. (In Russ.)
2. Kostov F.F., Rodichkin P.V. Diagnostika astenicheskogo sindroma i metodika profilaktiki reaktivnoj astenii u sportsmenov [Diagnosis of Astenic Syndrome and Method of Prevention of Reactive Astenia in Athletes]. *Kultura fizicheskaya i zdorove* [Physical and Health Culture]. 2018. Vol. 65, N 1. Pp. 139–144. (In Russ.)
3. Kostov F.F., Rodichkin P.V., Ponomarev G.N. Korrekciya samoocenki zdorovya v ramkah profilaktiki reaktivnoj astenii u sportsmenov 13–15 let [Correction of self-assessment of health within the framework of prevention of reactive astenia in athletes of 13-15 years]. *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury* [Theory and practice of physical culture]. 2018. N 8. Pp. 9–12. (In Russ.)
4. Kutejnikov A.N. Matematicheskie metody v psihologii [Mathematical methods in psychology]. Sankt-Peterburg. 2008. 172 p. (In Russ.)
5. Zvolensky M.J., Lejuez C.W., Eifert G.H. Prediction and control: operational definitions for the experimental analysis of anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2000. Vol. 38, N 7. Pp. 653–663.

Received 01.03.2020

**For citing.** Kostov F.F., Rodichkin P.V., Buznik G.V., Lymarenko V.M., Yakovlev E.V. Metodika profilaktiki donozologichekix proyavlenij reaktivnoj astenii u sportsmenov. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 100–109. (In Russ.)

Kostov F.F., Rodichkin P.V., Buznik G.V. Lymarenko V.M., Yakovlev E.V. Method of prevention of donosologous manifestations of reactive astenia in athletes. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 100–109.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ И ТОНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЛИЦЕВЫХ МЫШЦ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

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

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 15);

<sup>3</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 19).

Изучены частота и выраженность психоэмоциональных расстройств и показателей тонической активности лицевых мышц у 151 практически здоровой женщины. Установлены корреляционные связи между показателями, отражающими тоническую активность мышц лица, и психологическим состоянием практически здоровых женщин. Предложены вспомогательные диагностические критерии в обнаружении симптомов высокого уровня напряжения и эмоционального стресса в ходе проведения электромиографии и пальпации болевой чувствительности лицевых и шейных мышц.

---

✉ Дубинская Анастасия Дмитриевна – аспирант, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: adubinskaya@mail.ru;

Кукшина Анастасия Алексеевна – д-р мед. наук, ведущ. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог центра реабилитации, Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15); науч. сотр. отдела науч. информации, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19), e-mail: mitg71@mail.ru.

**Ключевые слова:** психоэмоциональные расстройства, стресс, тоническая активность лицевых мышц, диагностические критерии психоэмоционального напряжения.

## **Введение**

В настоящее время психический стресс представляет собой одну из главных угроз для здоровья и экономического благополучия людей, независимо от возраста и культурной принадлежности [15, 16]. Многочисленные научные данные подтверждают, что стрессовые события являются ключевой причиной в возникновении нервно-психических и соматических расстройств [1, 4, 7, 8].

Одним из самых ярких маркеров психического напряжения является повышенная тоническая активность мышц, что объясняется ответственностью церебральных структур за включение реакции в виде активизации симпатоадреналовой системы в ответ на психический стресс. Ряд исследователей отмечают, что для болевого синдрома, ассоцииированного с повышенным мышечным тонусом, характерна высокая психосоматическая корреляция [2, 3].

Согласно клиническим наблюдениям, наиболее чувствительными к эмоциональным переживаниям являются лицевые мышцы, поскольку их функциональное состояние опосредовано нервно-психическим состоянием через механизм лицевой экспрессии [12, 13, 14]. Повышение биоэлектрической активности лицевой мускулатуры запускается со стороны лимбико-ретикулярного комплекса и реализуется через систему «лицевой–трайничный нервы» [1].

Наиболее подробно в настоящее время изучено состояние эмоционально-личностной сферы у пациентов неврологического профиля – больных с миофасциальным болевым синдромом лица, невритом лицевого нерва, контрактурой мимических мышц, лицевым гемифациальным спазмом. Так, клинико-психологический анализ пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица показал наличие у них выраженной депрессии, высокой ситуативной и личностной тревожности, а также снижение показателей, характеризующих качество жизни. По данным О.Р. Орловой с соавт., психический стресс является провоцирующим фактором в развитии миофасциальных лицевых болей, что указывает на высокое влияние психологического напряжения в патогенезе возникновения повышенного тонуса лицевых мышц [5].

По наблюдениям специалистов, существует проблема повышенного тонуса лицевых мышц и у здоровых женщин, обращающихся за процедур-

рами косметического массажа лица. Несмотря на то, что жалоб на психологоческие расстройства эти женщины не предъявляют, обращение к услугам эстетической коррекции часто вызвано недовольством собственной внешностью, что неразрывно сопряжено с общим отрицательным нервно-психическим фоном.

У практически здоровых людей проявления мышечного гипертонуса носят латентный характер, не ухудшают существенно качества жизни и проявляют себя эпизодически в виде синдрома сжатых челюстей, скованности лица при выражении мимики или повышенном эмоциональном напряжении, ограничений движений нижней челюсти, усталости мышц при артикуляционной нагрузке. Длительное мышечное напряжение лицевых мышц может привести к хронизации процесса и неврологическим дисфункциям – миофасциальному болевому синдрому лица, блефароспазму, контрактуре мимических мышц, требующих длительного лечения.

В литературе имеются данные о лицевой обратной связи (facial feedback), при которой напряженные лицевые мышцы становятся гиперактивной системой, усиливающей негативные эмоциональные переживания [11]. Можно предположить, что диагностические критерии обнаружения повышенного мышечного тонуса лицевых мышц могут быть использованы в качестве дополнительных методов диагностики психоэмоционального напряжения.

**Целью** исследования явилось изучение взаимосвязи психологического статуса с биоэлектрической активностью и клинико-функциональными показателями лицевых мышц у практически здоровых женщин.

### **Материал и методы**

В исследование была включена группа из 151 женщины в возрасте от 36 до 50 лет (средний возраст  $43 \pm 7,2$  года), обратившихся за помощью в коррекции внешности в период 2016–2019 гг. Всем пациенткам проводилось психологическое и нейрофизиологическое обследование, а также пальпаторная диагностика до начала процедур.

Психологическое обследование проводилось с помощью следующих методов:

1. Оценка субъективной выраженности депрессии по шкале депрессии Бека. Результаты расценивались следующим образом: 0–9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 баллов – умеренная депрессия, 20–29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести), 30–63 балла – тяжелая депрессия;

2. Измерение уровня тревожности с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина. В ходе исследования оценивали уровень ситуативной и личностной тревожности. Результаты интерпретировались следующим образом: 0–30 баллов – низкая тревожность, 31–45 баллов – умеренная тревожность, более 46 баллов – высокая тревожность;

3. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36. Восемь шкал были сгруппированы в два показателя – «физический компонент здоровья» (физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье) и «психологический компонент здоровья» (психическое здоровье, эмоциональное состояние, социальное функционирование, жизненная активность). В исследовании был использован кластерный анализ, выделяющий две подгруппы: оценивающих свое качество жизни как высокое и как низкое;

4. Исследование самооценки с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Методика позволяет самостоятельно оценить такие относительно общие понятия, как самочувствие в настоящий момент, уверенность в себе и оценка внешности. Женщины отмечали на вертикальной шкале уровень выраженности исследуемых показателей. Высота каждой шкалы составляла 10 см, каждый миллиметр шкалы считался за 1 балл. Результаты оценивались в динамике до и после коррекции.

Нейрофизиологическое исследование включало проведение интерференционной электромиографии на аппарате «Нейро-МВП-Нейрософт». Оценивали степень биоэлектрической активности мышц, наиболее активно участвующих в проявлении негативных эмоциональных состояний: сокращающей бровь (*m. corrugator supercilii*), жевательной (*m. masseter*), опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*), носовой мышцы (*m. nasalis*). Нейрофизиологические показатели лицевых мышц оценивались по стандартизованным методикам интерференционной миографии [9].

На первом этапе регистрировалась активность лицевых мышц в покое. Для интерпретации результатов использовались нормативы интерференционной миографии Cram J.R. [10]. Активность жевательных мышц в норме составляет 0–3,1 мкВ. При слабой степени напряжения мышечные биопотенциалы регистрируются в диапазоне 3,2–5,2 мкВ, средней степени напряжения – 5,3–7,3 мкВ, высокой степени – 7,4–9,4 мкВ, очень высокой – более 9,4 мкВ. Активность мимических мышц в норме составляет 0–5 мкВ, значения биопотенциалов 5–8,1 мкВ свидетельствуют о слабой степени напряжения, 8,1–11,2 мкВ – средней, 11,2–14,3 мкВ – высокой, более 14,3 мкВ – очень высокой.

На втором этапе регистрировалась произвольная активность мышц методом проб с максимальным напряжением. При изучении нейрофизиологических показателей мышцы, сморщающей бровь (*m. corrugator supercilii*), пациентов просили максимально нахмурить брови; мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*) – опустить уголки рта (грифаса недовольства); жевательной мышцы (*m. masseter*) – максимально сжать зубы; носовой мышцы (*m. nasalis*) – наморщить нос. По данным авторов, лицевые мышцы, находясь в состоянии хронического возбуждения, проявляют нецелесообразную парафункциональную активность, которая регистрируется в виде увеличенной амплитуды колебаний электрических потенциалов [5, 6].

Клинико-функциональная диагностика включала оценку пациентами степени болезненности при пальпации следующих областей: заушной, околоушно-жевательной, подчелюстной, заушной, области надбровных дуг, верхней порции грудино-ключично-сосцевидных мышц, трапециевидных мышц. Оценка болевых ощущений проводилась по ВАШ от 0 до 10 баллов, где 0 – отсутствие боли; 1–3 – слабая боль; 4–6 – умеренная боль; 7–9 – сильная боль. На основании выраженности болевого синдрома оценивали общее функциональное состояние мышц. Отсутствие болевых ощущений расценивали как мышечный нормотонус, болевые ощущения от 1 до 3 баллов – как напряжение слабой степени, 4–6 баллов – умеренное напряжение, 7–9 баллов – мышечное напряжение высокой степени.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного пакета статистических программ STATISTICA 10.

### **Результаты и их анализ**

Оценивая исходные показатели субъективной оценки степени тяжести депрессии по шкале Бека, необходимо отметить, что у 46 % обследуемых женщин была выявлена депрессивная симптоматика различной степени выраженности. Так, умеренная и выраженная степень депрессии наблюдалась у 19 % женщин, субдепрессия – у 27 %. У оставшихся 54 % женщин наличия признаков депрессии по шкале Бека выявлено не было.

Анализ уровня ситуативной тревожности показал, что пациентки продемонстрировали в 78 % случаев низкий уровень ситуативной тревожности, что может быть связано с позитивным настроем в связи с ожиданием положительного результата от предстоящих процедур. Параллельно с

этим высокий и умеренный уровень личностной тревожности был установлен у 99 % женщин.

Анализ данных, характеризующих качество жизни обследованных женщин по результатам применения опросника SF-36, позволил выделить в обследованной группе два кластера, характеризующих качество жизни (КЖ) как высокое и низкое. По показателю физической составляющей высокое качество жизни отмечалось у 126 (83,4 %) обследованных женщин, низкое КЖ – у 25 (16,6 %). По показателю психологической составляющей высокое КЖ отмечалось у 106 женщин (70,2 %), низкое – у 45 (29,8 %). Описанный результат свидетельствует о том, что психологическое состояние обследованных женщин оценивалось ими как низкое практически в два раза чаще, чем их физическое состояние.

Стоит отметить, что при использовании анализа значимости различий в уровне выраженности количественного признака в несвязанных группах (Н-критерий Краскела-Уоллиса) и дальнейшим попарным сравнением по U-критерию Манна–Уитни было обнаружено, что максимальный вклад в формирование низкого КЖ обследованных женщин вносят шкалы опросника SF-36, отражающие ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным (RE) и физическим состоянием (RP) (рисунок).

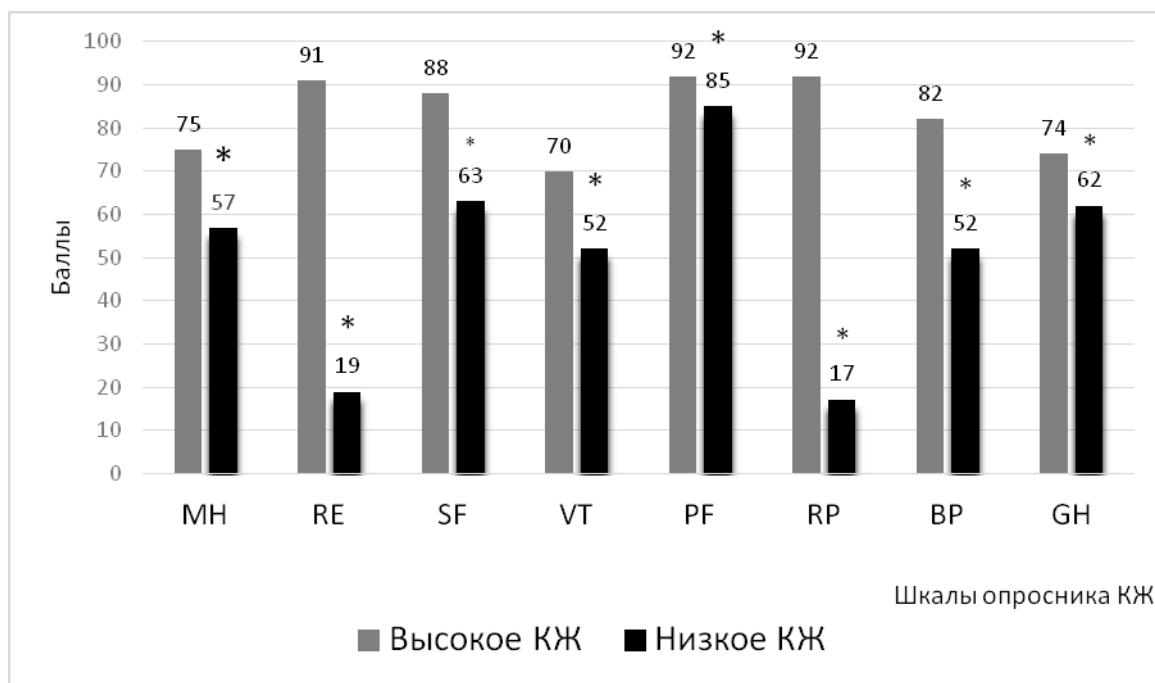


Рис. Физическая и психологическая составляющие качества жизни опросника SF-36 ( $n = 151$ )

Примечание: \* – достоверность различий между группами.

Так, средние показатели по шкале «Эмоциональное состояние» в группе женщин, оценивающих свое КЖ как низкое, составили 19 баллов из 100 возможных по сравнению с 91 баллом для группы с высоким КЖ. Соответствующее соотношение для шкалы «Физическое состояние» составило 17 баллов по сравнению с 92 баллами.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение ролевого функционирования обследованных женщин как в эмоциональной, так и в физической части негативно сказывается на их КЖ в целом и на возможности эффективного взаимодействия с окружающим миром, проявления себя в отношениях с другими людьми, вследствие чего возникают затруднения в выполнении обычной повседневной деятельности и ограничения в привычном рабочем функционировании.

Данные, характеризующие самооценку обследованных женщин по результатам применения визуально-аналоговой шкалы, по показателю «Самочувствие» составили  $75,0 \pm 17,6$  баллов, «Оценка внешности» –  $70,0 \pm 18,9$  баллов, «Уверенность в себе» –  $70,6 \pm 20,5$  баллов. В целом самооценка обследованных женщин может быть охарактеризована как достаточно высокая. При этом, если анализировать имеющийся разброс данных, выраженный через соотношение минимальных и максимальных показателей, которые составили по показателю «Самочувствие» от 12 до 100 баллов, а по показателям «Оценка внешности» и «Уверенность в себе» – от 4 до 100 баллов, становится видно, что самую большую вариабельность дают шкалы «Оценка внешности» и «Уверенность в себе», что, вероятнее всего, характеризует самооценку женщин как наиболее подверженную внешним влияниям и оценке окружающих.

Согласно исходным данным электромиографического исследования, было установлено существенное превышение нормативных показателей биоэлектрической активности всех лицевых мышц в исследуемой группе. Так, ЭМГ-показатели жевательных мышц, соответствующие норме, наблюдались у 40 женщин (26,5 %), слабой степени напряжения – у 2 (1,13 %), средней степени – у 35 (23,17 %), высокой степени – у 11 (7,28 %), очень высокой – у 63 (41,73 %).

Анализ распределения пациентов в зависимости от степени напряжения мышцы, сморщающей бровь (*m. corrugator supercilii*), показал, что у 30 женщин (19,86 %) наблюдался нормотонус данной мышцы, слабая степень напряжения – у 21 (13,91 %), средняя степень – у 24 (15,89 %), высокая степень – у 42 (27,81 %). Очень высокая степень напряжения наблюдалась у 34 женщин, что составило 22,34 % от общей выборки.

ЭМГ-показатели мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*), соответствующие норме, наблюдались у 28 женщин (18,47 %), слабой степени напряжения – у 15 (9,93 %), средней степени – у 16 (10,60 %), высокой степени – у 46 (30,5 %). Очень высокая биоэлектрическая активность мышцы была установлена у 46 женщин (30,5 %).

ЭМГ-показатели носовой мышцы (*m. nasalis*), соответствующие норме, наблюдались у 24 женщин (15,89 %). Слабая степень напряжения была установлена у 19 (12,58 %), средняя степень – у 25 (16,56 %) высокая степень – у 46 (30,46 %), очень высокая – у 37 (24,51 %).

Исходная оценка электромиографических данных при проведении проб с максимальным напряжением для каждой мышцы показала, что биоэлектрическая активность жевательной мышцы (*m. masseter*) составила справа  $94,1 \pm 70,5$  мкВ и слева  $71,6 \pm 51,9$  мкВ ( $\Delta = 11,37\%$ ), мышцы, сокращающей бровь – справа  $92,5 \pm 77,9$  мкВ и слева  $76,5 \pm 55,6$  мкВ ( $\Delta = 13,42\%$ ), мышцы, опускающей угол рта (*m. depressor anguli oris*) – справа  $139,7 \pm 127,5$  мкВ и слева  $106,1 \pm 69$  мкВ ( $\Delta = 13,07\%$ ), носовой мышцы (*m. nasalis*) – справа  $149,3 \pm 103,4$  мкВ и слева  $113,3 \pm 72,4$  мкВ ( $\Delta = 13,1\%$ ).

Необходимо отметить, что в исследуемой группе наблюдалась повышенная активность мышц правой стороны лица по сравнению с левой, что может объясняться различными причинами, в частности привычкой жевать на правой стороне зубов или повышенным напряжением скелетных мышц по правой стороне тела из-за длительных статокинетических нагрузок в течение рабочего дня.

При проведении клинико-функциональной диагностики у всех обследуемых женщин был отмечен исходный средний и высокий уровень болевой чувствительности на различных областях лица при пальпации. Так, исходные показатели боли в околоушно-жевательной области находились на уровне  $7,6 \pm 1,7$  балла, подчелюстной области –  $7,1 \pm 1,8$  балла, что соответствовало высокому уровню боли при пальпации по ВАШ. Боль в заушной области в целом по группе составила  $6,9 \pm 1,8$  балла, в области надбровных дуг –  $6,7 \pm 1,8$  балла, что соответствовало среднему уровню боли. При оценке трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц в группе был установлен высокий уровень мышечной болезненности при пальпации –  $7,0 \pm 1,5$  и  $7,6 \pm 1,6$  соответственно. Женщин с отсутствием боли или со слабой мышечной болью выявлено не было.

Таким образом, изучение психоэмоционального состояния, нейрофизиологических и клинико-функциональных показателей практически здо-

ровых женщин, обратившихся за проведением эстетических процедур, показало наличие:

- депрессивной симптоматики различной степени выраженности – в 46 % случаев;
- высокого и умеренного уровня личностной тревожности – в 99,0 % случаев;
- высокого и умеренного уровня ситуативной тревожности – в 23 % случаев;
- низкого качества жизни по показателю физического и психического здоровья – в 16,6 % и 29,8 % случаев соответственно;
- наличие высокого уровня биоэлектрической активности лицевых мышц в 61 % случаев, сопровождающихся повышенной болевой чувствительностью при пальпации различных участков лица и шеи на уровне 7,06 балла.

### **Корреляционные связи нейрофизиологическими и психологическими показателями**

С целью изучения зависимости между показателями объективной и субъективной оценки состояния обследуемых женщин нами был проведен корреляционный анализ (табл. 1).

Изучение корреляционной зависимости между показателями психологического и мышечного напряжения выявило прямую зависимость между субъективной выраженностью депрессии по шкале Бека и ЭМГ-показателями мышцы, опускающей угол рта ( $r = +0,17$ ;  $p < 0,05$ ), носовой мышцы ( $r = +0,23$ ;  $p < 0,05$ ), мышцы, сокращающей бровь ( $r = +0,18$ ;  $p < 0,05$ ) (проба с максимальным напряжением).

Также была отмечена прямая корреляционная зависимость между ситуативной тревожностью и ЭМГ-показателями жевательной мышцы ( $r = +0,16$ ;  $p < 0,05$ ), мышцы, сокращающей бровь ( $r = +0,25$ ;  $p < 0,05$ ), мышцы, опускающей угол рта ( $r = +0,19$ ;  $p < 0,05$ ), и носовой мышцы, а также между личностной тревожностью и мышцей, сокращающей бровь ( $r = +0,22$ ;  $p < 0,05$ ), и мышцей, опускающей угол рта ( $r = +0,26$ ;  $p < 0,05$ ) (проба с максимальным напряжением).

Между личностной тревожностью и ЭМГ-показателями жевательных мышц отмечалась прямая корреляционная зависимость ( $r = +0,18$ ;  $p < 0,05$ ) (проба в покое).

Таблица 1

Показатели корреляции электромиографического исследования  
и психоэмоционального состояния (n = 151)

Параметры психоэмоционального состояния	Коэффициент корреляции (r)	
	ЭМГ в покое	ЭМГ в напряжении
<b>ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ (m. masseter)</b>		
Ситуативная тревожность	–	+0,16
Уверенность в себе (ВАШ)	–	-0,22
<b>МЫШЦА, СМОРЩИВАЮЩАЯ БРОВЬ (m. corrugator supercilii)</b>		
Депрессия	–	+0,18
Личностная тревожность	+0,18	+0,22
Ситуативная тревожность		+0,25
Эмоциональное состояние (SF-36, RE)	-0,15	–
Ролевое (физическое) функционирование (SF-36, RP)	-0,21	–
Психическое здоровье (SF-36, MH)	–	-0,18
Жизненная активность (SF-36, VT)	–	-0,18
Уверенность в себе (ВАШ)	–	-0,18
<b>МЫШЦА, ОПУСКАЮЩАЯ УГОЛ РТА (m. depressor anguli oris)</b>		
Депрессия	–	+0,17
Личностная тревожность	–	+0,26
Ситуативная тревожность	–	+0,19
Оценка внешности (ВАШ)	–	-0,22
Уверенность в себе (ВАШ)	–	-0,28
<b>НОСОВАЯ МЫШЦА (m. nasalis)</b>		
Депрессия	–	+0,23
Ситуативная тревожность	–	+0,24
Жизненная активность (SF-36, VT)	–	-0,21
Самочувствие (ВАШ)	–	-0,17
Уверенность в себе (ВАШ)	–	-0,23

Проведение корреляционного анализа позволило выявить обратную зависимость слабой степени между показателями опросника самооценки ВАШ и данными электромиографического исследования (проба с максимальным напряжением). Установлена корреляционная зависимость между шкалой «Уверенность в себе» и ЭМГ-показателями мышцы, сокращающей бровь ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), мышцы, опускающей угол рта ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,05$ ), жевательной мышцы ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ) и носовой мышцы ( $r = +0,18$ ;  $p < 0,05$ ).

Обратная корреляционная зависимость отмечалась между шкалой «Оценка внешности» и ЭМГ-показателями мышцы, опускающей угол рта ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ), а также между шкалой «Самочувствие» и ЭМГ-

показателями носовой мышцы ( $r = -0,17$ ;  $p < 0,05$ ) (проба с максимальным напряжением).

При изучении корреляционной зависимости между показателями опросника качества жизни SF-36 и данными электромиографии была выявлена отрицательная корреляционная зависимость между мышцей, сокращающей бровь, и показателями «Эмоциональное состояние» ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,05$ ) и «Ролевое (физическое) функционирование» ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ) при проведении проб в покое и «Психическое здоровье» ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), «Жизненная активность» ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ) при проведении проб с максимальным напряжением. Результаты корреляционного анализа между показателями пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи и психоэмоционального состояния исследуемой группы представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Результаты корреляционного анализа между показателями  
пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи  
и психоэмоционального состояния ( $n = 151$ )

Параметры психоэмоционального состояния	Коэффициент корреляции ( $r$ )
<b>БОЛЬ В ЗАУШНОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Депрессия	+0,18
Ситуативная тревожность	+0,17
Личностная тревожность	+0,23
Психическое здоровье (SF-36, MH)	-0,22
Социальное функционирование (SF-36, SF)	-0,20
Жизнеспособность (SF-36, VT)	-0,26
Ролевое (физическое) функционирование (SF-36, RP)	-0,20
Самочувствие (ВАШ)	-0,19
Уверенность в себе (ВАШ)	-0,24
<b>БОЛЬ В ОБЛАСТИ НАДБРОВНЫХ ДУГ</b>	
Эмоциональное состояние (SF-36, RE)	-0,2
Социальное функционирование (SF-36, SF)	-0,18
Жизнеспособность (SF-36, VT)	-0,17
<b>БОЛЬ В ОБЛАСТИ ТРАПЕЦИЕВИДНЫХ МЫШЦ</b>	
Эмоциональное состояние (SF-36, RE)	-0,16
Оценка внешности (ВАШ)	-0,19
Уверенность в себе (ВАШ)	-0,24
<b>БОЛЬ В ОБЛАСТИ ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНЫХ МЫШЦ</b>	
Оценка внешности (ВАШ)	-0,17

Результаты корреляционного анализа между показателями пальпаторной диагностики на различных участках лица и шеи и психоэмоци-

нального состояния исследуемой группы показали прямую корреляционную зависимость между болью в заушной области и субъективной выраженностью депрессии ( $r = +0,18$ ;  $p < 0,05$ ), ситуативной тревожностью ( $r = +0,17$ ;  $p < 0,05$ ) и личностной тревожностью ( $r = +0,23$   $p < 0,01$ ). Отмечалась обратная корреляционная зависимость между показателями боли в заушной области и шкалами опросника SF-36 «Психическое здоровье» ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,01$ ), «Социальное функционирование» ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ), «Жизнеспособность» ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,01$ ), а также «Ролевое (физическое) функционирование» ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ). Была установлена обратная корреляционная зависимость между болью в заушной области и шкалами «Самочувствие» ( $r = -0,19$ ;  $p < 0,05$ ) и «Уверенность в себе» ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ).

Выявлена обратная зависимость между болью в области надбровных дуг и показателями шкалы опросника SF-36 «Эмоциональное состояние» ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,01$ ), «Социальное функционирование» ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), «Жизнеспособность» ( $r = -0,17$ ;  $p < 0,05$ ). Кроме того, отмечалась обратная корреляционная зависимость между болью в трапециевидных мышцах и показателем «Эмоциональное состояние» ( $r = -0,16$ ;  $p < 0,05$ ).

Выявлена обратная корреляция между болью в трапециевидных мышцах и шкалами самооценки ВАШ «Оценка внешности» ( $r = -0,19$ ;  $p < 0,05$ ) и «Уверенность в себе» ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ), а также между болью в грудино-ключично-сосцевидных мышцах и шкалой «Оценка внешности» ( $r = -0,17$ ;  $p < 0,05$ ).

Выявлена обратная зависимость между шкалой опросника SF-36 «Физическое функционирование» и объемами складки в околоушно-жевательной ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,05$ ), щечной областях ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ) и над верхней порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы ( $r = -0,21$ ;  $p < 0,05$ ). Установлена обратная зависимость между шкалой «Общее здоровье» и объемом складки над верхней порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы ( $r = -0,16$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, при изучении взаимосвязи между нейрофизиологическими и психологическими показателями отмечено наличие положительной корреляционной зависимости между электромиографическими показателями жевательных (m. masseter) и мимических мышц (m. corrugator supercilii, m. depressor anguli oris, m. nasalis) и показателями депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также отрицательной корреляционной зависимости с такими показателями самооценки по шкале ВАШ, как «Уверенность в себе», «Самочувствие», «Оценка внешности», и

психологическими шкалами опросника SF-36. Было также установлено наличие положительной корреляционной зависимости между показателями болевой чувствительности заушной области, трапециевидных мышц, области надбровных дуг и показателями депрессии, а также отрицательной корреляционной зависимости слабой степени с такими шкалами опросника SF-36, как «Психическое здоровье», «Социальное функционирование», «Жизнеспособность», «Ролевое (физическое) функционирование», показателями самооценки ВАШ «Самочувствие» и «Уверенность в себе».

## **Выводы**

У практически здоровых женщин на фоне депрессивной симптоматики различной степени выраженности и высокой личностной тревожности наблюдаются высокие показатели биоэлектрической активности и болевой чувствительности лицевых и шейных мышц.

Установлено наличие положительной корреляционной зависимости электромиографических и клинико-функциональных показателей лицевых и шейных мышц с показателями депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также отрицательной корреляционной зависимости электромиографических и клинико-функциональных показателей лицевых мышц с оценкой качества жизни и самооценкой у практически здоровых женщин.

Показатели интерференционной электромиографии (проба в покое) свыше 9,4 мкВ, а также болевая чувствительность при пальпации ряда лицевых мышц более 7 баллов по ВАШ могут указывать на высокий уровень напряжения и эмоционального стресса у практически здоровых женщин.

Таким образом, предложенные диагностические критерии обнаружения повышенного мышечного тонуса лицевых мышц могут быть использованы в качестве вспомогательных методов выявления психоэмоционального напряжения.

## **Литература**

1. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. проф. В.Л. Голубева. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 336 с.
2. Клюшин М.Н. Клинико-динамические характеристики психических нарушений в ортопедической клинике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С. 43–46.
3. Малаховский В.В., Товсултанова М.С. Подходы к комплексной терапии миофасциального болевого синдрома, коморбидного социально-стрессовому расстройству // Мануальная терапия. – 2011. – № 4 (44). – С. 49–54.
4. Маркин С.П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике //

Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17, № 11. – С. 794–797.

5. Орлова О.Р., Мингазова Л.Р., Вейн А.М. Миофасциальный болевой синдром лица: новые аспекты клиники, патогенеза и лечения // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 25–29.

6. Славичек Р. Жевательный орган. – М. : Азбука стоматолога, 2008. – 543 с.

7. Турсунова К.Б., Чутко Л.С. Эмоциональные нарушения в патогенезе цервикогенной головной боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 4. – С. 74–76.

8. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society / Clinical Research in Cardiology. – 2019. – Vol. 108, № 11. – Pp. 1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.

9. Boxtel A.V. Facial EMG as a tool for inferring affective states / Proceedings of Measuring Behavior / Eds. A.J. Spink. (Eindhoven, The Netherlands, August 24–27, 2010). – 2010. – Pp. 104–108.

10. Cram J.R. Clinical EMG for Surface recordings / Clinical Resources. – 1990. – Vol. 2. – Pp. 175–196.

11. Finzi E., Rosenthal N. Emotional proprioception: Treatment of depression with afferent facial feedback / Journal of Psychiatric Research. – 2016. – N 80. – Pp. 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.009>

12. Jochum H., Keel P., Baumgartner-Gruber A. [et al.] Bruxism, myoarthropathy and psychosomatics. Swiss Dent Journal. – 2019. – Vol. 129, N 4. – Pp. 287–292.

13. Heller A.S., Lapate R.C., Mayer K.E., Davidson R.J. The face of negative affect: Trial-by-trial corrugator responses to negative pictures are positively associated with amygdala and negatively associated with ventromedial prefrontal cortex activity / Journal of Cognitive Neuroscience. – 2014. – Vol. 26, N 9. – Pp. 2102–2110. [https://doi.org/10.1162/jocn\\_a\\_00622](https://doi.org/10.1162/jocn_a_00622).

14. Mieszko W., Zietek M., Smardz J. [et al.] Mental Status as a Common Factor for Masticatory Muscle Pain: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. – 2017. – Vol. 8. – Pp. 646. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00646>.

15. McEwen B.S., Gray J.D., Nasca C. Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation / Journal of Endocrinology. – 2015. – Vol. 226, N 2. – Pp. 67–83. <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.

16. Souza-Talarico J.N., Wan N., Santos S., [et al.] Cross-country discrepancies on public understanding of stress concepts: evidence for stress-management psychoeducational programs. BMC Psychiatry. – 2016. – N 16. – P. 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0886-6>.

Поступила 04.02.2020

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

**Для цитирования.** Дубинская А.Д., Кукшина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А. Взаимосвязь между психологическим статусом и тонической активностью лицевых мышц у практически здоровых женщин // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 110–126.

---

## THE CORRELATION BETWEEN PSYCHOLOGICAL STATUS AND TONIC ACTIVITY OF FACIAL MUSCLES IN HEALTHY WOMEN

**Dubinskaya A.D.<sup>1</sup>, Kukshina A.A.<sup>1</sup>, Kotelnikova A.V.<sup>1</sup>, Tkachenko G.A.<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup> Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation  
(Zemlyanoj Val, 53, Moscow, Russia);

<sup>2</sup> Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs of Russia  
(Timoshenko Str., 15, Moscow, Russia);

<sup>3</sup> Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs of Russia  
(Timoshenko Str., 19, Moscow, Russia).

**Abstract.** The article presents data reflecting the frequency and severity of emotional disorders and facial muscles tonic activity of the 151 healthy women. Correlations between indicators reflecting the tonic activity of facial muscles and the psychological state of healthy women were discovered. Auxiliary diagnostic criteria for detection of symptoms of the high level of tension and emotional stress during electromyography and palpation of facial and cervical muscles are offered.

**Key words:** emotional disorders, stress, facial muscles, tonic activity of facial muscles, diagnostic criteria of emotional stress.

✉ Anastasia Dmitrievna Dubinskaya – the Research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: adubinskaya@mail.ru;

Anastasia Alekseevna Kukshina – Dr. Med. Sci., the Leading research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: kukshina@list.ru;

Anastasia Vladimirovna Kotelnikova – PhD Psychol. Sci., the Senior research assistant, Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine (Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia) e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist, Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko Str., 15, 121459, Moscow, Russia); the research assistant of Scientific information Department of Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko Str., 19, Moscow, 121459, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru.

## References

1. Bolevye sindromy v nevrologicheskoy praktike [Pain syndrome in neurological practice]. Eds. : V.L. Golubeva. Moskva. 2010. 336 p. (In Russ)
2. Klyushin M.N. Kliniko-dinamicheskie harakteristiki psihicheskikh narushenij v ortopedicheskoy klinike [Clinical-dynamic characteristics of mental disorders in orthopaedic clinic]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Journal of Psychiatry and Drug Treatment]. 2010. N 5. Pp. 43–46. (In Russ)
3. Malaxovskij V.V., Tovsultanova M.S. Podhody k kompleksnoj terapii miofascialnogo bolevogo sindroma, komorbidnogo socialno-stressovomu rasstrojstvu [Approaches to complex therapy of myofascial pain syndrome, comorbid social stress disorder]. *Manualnaya terapiya* [Manual therapy]. 2011. N 4 (44). Pp. 49–54. (In Russ)
4. Markin S.P. Sovremennyj vzglyad na problemu boli v pozvonochnike [Modern View of Spinal Pain]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2009. Vol. 17, N 11. Pp. 794–797. (In Russ)
5. Orlova O.R., Mingazova L.R., Vejn A.M. Miofascialnyj bolevoj sindrom licza: novye aspekyt kliniki, patogeneza i lecheniya [Myofascial facial pain syndrome: new aspects of clinic, pathogenesis and treatment]. *Novoe v stomatologii* [New in dentistry]. 2003. N 1. Pp. 25–29. (In Russ)
6. Slavicheck R. Zhevatalnyj organ [Chewing Organ]. Moskva. 2008. 543 p. (In Russ)
7. Tursunova K.B., Chutko L.S. Emocionalnye narusheniya v patogeneze cervikogennoj golovnoj boli [Emotional disorders in the pathogenesis of cervical headache]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 2012. Vol. 112, N 4. Pp. 74–76. (In Russ)
8. Albus C., Waller C., Fritzsche K. [et al.] Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society / Clinical Research in Cardiology. 2019. Vol. 108, N 11. Pp. 1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.
9. Boxtel A.V. Facial EMG as a tool for inferring affective states / Proceedings of Measuring Behavior. Eds. : A.J. Spink. (Eindhoven, The Netherlands, August 24–27, 2010). 2010. Pp. 104–108.
10. Cram J.R. Clinical EMG for Surface recordings. *Clinical Resources*. 1990. Vol. 2. Pp. 175–196.
11. Finzi E., Rosenthal N. Emotional proprioception: Treatment of depression with afferent facial feedback. *Journal of Psychiatric Research*. 2016. N 80. Pp. 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.009>
12. Jochum H., Keel P., Baumgartner-Gruber A. [et al.] Bruxism, myoarthropathy and psychosomatics. *Swiss Dent Journal*. 2019. Vol. 129, N 4. Pp. 287–292.
13. Heller A.S., Lapate R.C., Mayer K.E., Davidson R.J. The face of negative affect: Trial-by-trial corrugator responses to negative pictures are positively associated with amygdala and negatively associated with ventromedial prefrontal cortex activity. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2014. Vol. 26, N 9. Pp. 2102–2110. [https://doi.org/10.1162/jocn\\_a\\_00622](https://doi.org/10.1162/jocn_a_00622).
14. Mieszko W., Zietek M., Smardz J. [et al.] Mental Status as a Common Factor for Masticatory Muscle Pain: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2017.

Vol. 8. P. 646. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00646>.

15. McEwen B.S., Gray J.D., Nasca C. Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. *Journal of Endocrinology*. 2015. Vol. 226, N 2. Pp. 67–83. <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.

16. Souza-Talarico J.N., Wan N., Santos S. [et al.] Cross-country discrepancies on public understanding of stress concepts: evidence for stress-management psychoeducational programs. *BMC Psychiatry*. 2016. N 16. P. 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0886-6>.

Received 04.02.2020

**For citing.** Dubinskaya A.D., Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A. Vzaimosvyaz mezhdu psihologicheskim statusom i tonicheskoy aktivnostyu licevyh myshcz u prakticheski zdorovyh zhenshhin. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 110–126. (In Russ.)

Dubinskaya A.D., Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Tkachenko G.A. The correlation between psychological status and tonic activity of facial muscles in healthy women. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 110–126.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ПРОБЛЕМА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ

<sup>1</sup> Клинический центр Итальянского института микропсихоанализа  
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21);

<sup>2</sup> Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48).

Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященный проблеме суицидального поведения в подростковом возрасте. Раскрыты показатели суицидального поведения в мире и отдельных странах. Проанализированы психологические особенности подростков, склонных к суицидальному поведению, причины формирования склонности к суицидальному поведению в подростковом возрасте. Рассмотрены подходы, объясняющие природу суицидального поведения и факторы его возникновения (психологические, социологические, семейные, экономические и духовные). Раскрыта связь между суицидальным поведением, депрессией и семейными факторами.

**Ключевые слова:** парасуицидальное поведение, парасуицид, самоубийство, суицидальное поведение, подростковый возраст.

В настоящее время суицидальная активность детей и подростков стала предметом пристального внимания всего общества. Попытки самоубийства и самоповреждения являются основными проблемами общественного здравоохранения, связанными со смертью от самоубийства [25, с. 15].

Суицид (самоубийство) – это осознанный акт самоустраниния человека из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл. Иначе говоря, суицид является деструктивным способом преодоления кризиса, который переживает человек [3, с. 33].

Цель исследования: осветить психологические особенности подростков, склонных к суицидальным действиям, определить показатели и факторы суицидального поведения в подростковом возрасте.

✉ Исагулова Елена Юрьевна – клинич. психолог, руководитель Клинического центра Итальянского института микропсихоанализа (Россия, 127005, Москва, Порядковый пер., д. 21), e-mail: 9477877@gmail.com;

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

К суицидальному поведению обычно относят завершенные самоубийства, суицидальные попытки (или парасуицид) и намерения совершить самоубийство. Уровень самоубийств связан с физическими, биологическими и психическими показателями здоровья, а также с такими переменными, как образ жизни, религиозные тенденции, социальный класс, возраст, пол, образование, семейное положение [1].

Долгое время в мире преобладала психопатологическая концепция, которая однозначно определяла самоубийство как выражение и результат психического расстройства личности. Согласно современным научным концепциям, самоубийство чаще всего рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликтов, которые переживаются им (в то же время не исключается вероятность совершения суицида и вследствие психических расстройств) [8, с. 56].

Самоубийства превратились в одну из острейших проблем современного общества. Они занимают ведущие места среди причин смертности трудоспособного населения и сохраняют тенденцию к росту в ряде государств мира, в том числе в различных регионах РФ. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что ежегодно в мире от самоубийств умирает около одного миллиона человек. На первом месте в мире по самоубийствам в рейтинге стран стоит Гайана, на втором – КНДР, тройку лидеров закрывает Южная Корея. По оценкам ВОЗ, в 2020 году приблизительно 1,53 миллиона человек умрут от самоубийства и по крайней мере в 10 раз больше людей попытаются совершить самоубийство во всем мире. В последнее время уверенно набирает обороты проблема подросткового суицида. Самоубийство является третьей по значимости причиной смерти среди людей в возрасте 15–29 лет (после несчастных случаев и убийств) и шестой по значимости причиной смерти у детей в возрасте 5–14 лет [29]. По данным М.В. Гусевой, уровень самоубийств в России составляет 38-39, а у населения Москвы – 13–14 случаев (на 100 тыс. населения). Вместе с тем значительная часть самоубийств официально не регистрируется, является латентной и причина смерти указывается как несчастный случай, падение с высоты, отравление, дорожно-транспортное происшествие [5, с. 149].

Самоубийство – это многофакторное явление, которое возникает в результате комплекса психологических, социологических, экономических и культурных факторов. Определение факторов, которые предсказывают переход от суицидальных мыслей или несуицидального самоповреждения

к попыткам самоубийства, имеет решающее значение для улучшения прогнозирования и предотвращения самоубийств [6, с. 36].

Результаты сравнительной оценки выраженности анамнестических, личностных и конфликтогенных факторов риска суицидального поведения у лиц молодого, среднего и пожилого возраста позволили И.И. Хлусову выявить наиболее прогностичные медико-психологические признаки (показатели, характеристики, переменные) факторов риска суицидального поведения. Исходя из полученных результатов исследования, автором выявлено, что анамнестические факторы риска суицидального поведения чаще всего проявляются в среднем возрасте и в меньшей степени – в пожилом, конфликтогенные факторы риска чаще бывают в молодом и среднем возрасте, индивидуально-психологические факторы – в среднем и пожилом возрасте. Среди анамнестических факторов риска суицидального поведения значимыми у лиц молодого возраста – «компьютерная (игровая, интернет) зависимость», «суицидальные попытки у родственников» и «недостаток “тепла” в семье и в детстве» [11, с. 53].

В.Ю. Рыбниковым и соавт. в результате проведенного исследования социально-психологических факторов риска суицидального поведения у лиц трудоспособного возраста (20–60 лет) выявлено, что у мужчин при высоком риске суицидального поведения ведущими являются личностные особенности (импульсивность, агрессивность, тревожность), приводящие к высокому уровню конфликтности с окружающими и, как следствие, к социальной изоляции, замкнутости и самоагgressии. У женщин риск суицида детерминирован несформированностью семейных отношений, отсутствием понимания, сочувствия, поддержки окружающих при высокой ранимости и чувствительности, пассивности поведения [10, с. 61].

Д.С. Чижова и соавт. уточняют, что структура завершенных самоубийств населения мегаполиса характеризуется половозрастными особенностями, выраженным превалированием трудоспособного возраста мужчин, наличием различных возрастных пиков суицидальной активности у мужчин и женщин, а также увеличением самоубийств среди женщин и тесной взаимосвязью самоубийств с социальной группой населения и психосоматическим статусом [13, с. 196]. Необходимо, однако, отметить, что очень часто те причины, которые «запускают» в подростковом возрасте суицидальное поведение, для взрослого человека не являются потенциальными катализаторами аутоагрессивного поведения (ААП) [3, с. 33].

Было установлено, что факторы риска, такие как психологический стресс, подверженность запугиванию и насилию, вовлеченность родите-

лей, а также злоупотребление алкоголем и запрещенными наркотиками, связаны с повышенным риском попытки самоубийства. Так, J. Peterson et al. в качестве факторов риска суицидального поведения выделяют: депрессию, употребление ПАВ, беспокойство, импульсивную агрессию, детскую психологическую травму. Поскольку эти факторы часто вызывают усиление стресса, они могут привести подростков с соответствующими чертами личности к самоубийству как способу избегания. Поэтому любой психосоциальный фактор или фактор окружающей среды может быть фактором риска суицидального поведения в подростковом возрасте [25, с. 15].

В большинстве случаев подростки практикуют ААП без намерения убить себя. Согласно исследованиям G. Turechi et al., только 1/3 из 50 обследованных после актов самоповреждения подростков намеревались умереть, в то время как 42 % высказали незаинтересованность в результате, а четверть сообщили, что не хотели таким образом закончить свою жизнь [27, с. 1228]. Несмотря на то что в некоторых случаях подростки указывают на собственные суицидальные намерения, акты самоповреждения обычно не приводят к смерти. Возможно, указание на суицидальные намерения при ААП является запросом на признание действия социально приемлемым или на получение помощи от социальных структур. По результатам исследования M.J. Marttunen et al., подростки, совершающие ААП без суицидальных намерений, «имели расстройства социального поведения, испытывали влияние острых проблем и хотели, чтобы помощь была им оказана немедленно. Они могли быть импульсивными, их эмоции и мотивы поведения были нестабильны, но в будущее они смотрели с оптимизмом». В то же время подростки, вовлеченные в ААП с суицидальными намерениями, были «подавлены, одиноки, смотрели в будущее без надежды и меньше выражали запрос о помощи» [24, с. 12].

В качестве наиболее частого объяснения акту ААП подростки описывали невыносимую ярость, чувство изолированности или желание выйти из болезненной ситуации, что позволяет увидеть причину ААП в отсутствии навыков переживания нежелательных событий. Эти чувства могут возникать по причине отсутствия коммуникации внутри семьи и психологической дестабилизации в результате разрыва отношений с родителями или партнерами [19, с. 1045].

Большинство ученых сходится во мнении, что ни одна суицидальная попытка не обходится без так называемых «предупредительных знаков». K. King, R.A. Vidourek отмечают, что подростковые суицидальные предупреждающие знаки охватывают три конкретные категории: поведенческие

предупреждающие знаки, устные предупреждающие знаки, стрессовые жизненные события [23, с. 16]. Поведенческие предупреждающие знаки включают конкретные действия, которые подростки могут проявлять при суицидальных намерениях. Устные предупреждающие знаки включают в себя конкретные заявления или фразы, которые подростки могут высказывать при суицидальных намерениях. Стressовые жизненные события включают конкретные случаи в жизни подростков, которые приводят к травматическому или расстраивающему опыту и могут привести к суицидальным идеям.

Подростковый возраст несет в себе уникальное сопоставление расширенного охвата социальных исследований и доступа в сочетании с возросшим стремлением к поиску ощущений, импульсивности и чувствительности к социальным сигналам. Сочетание расширенного социального доступа с когнитивной и неврологической незрелостью прокладывает путь для подростков к рискованному, импульсивному поведению [31, с. 181]. Тяжелая депрессия, сопровождаемая социальной изоляцией, агрессивным поведением или тревогой, является особенно прогностической. Импульсивная тенденция действовать, не продумывая план и его последствия, является симптомом ряда этих психических расстройств и связана с суицидальным поведением [9, с. 39-42].

Психологическое расстройство или эмоциональные затруднения увеличивают риск самоубийства у подростков. К факторам риска относятся различные психиатрические диагнозы (например, депрессия, пограничное расстройство личности, расстройство поведения, шизофрения, панические расстройства), межличностные проблемы, проблемы с адаптивными навыками (плохой импульсный контроль, безнадежность) и прошлый опыт развития (например, травма) [28, с. 575]. Подростки, которые пытались совершить самоубийство в прошлом, в 60 раз чаще совершают самоубийство, чем те, кто этого не делал [21, с. 496]. Кроме того, самоповреждение является важным предиктором будущего завершенного самоубийства. Возможно несколько объяснений этой связи, включая общую нейробиологическую уязвимость к самоповреждениям, повышенный риск социальногот отчуждения или психических заболеваний в результате несуицидального самоповреждения [2, с. 36-45].

Злоупотребление психоактивными веществами играет значительную роль в самоубийстве среди подростков и в попытках самоубийства, особенно у подростков старшего возраста, когда оно сочетается с депрессией [17, с. 494]. Систематический обзор Pompili et al. доказал взаимосвязь меж-

ду злоупотреблением психоактивными веществами и риском суицида среди подростков, продемонстрировав, что регулярное употребление наркотиков (каннабис, алкоголь, героин, кокаин) усиливает депрессию, безнадежность и суицидальное поведение [26, с. 469].

Семейные факторы также важны для понимания, поскольку родители могут многое сделать, чтобы снизить риск самоубийства. Потеря или нестабильность семьи, родители-девианты или создание новой семьи также увеличивают риск депрессии и самоубийства [20, с. 1073]. Наиболее прогностическими являются жестокое обращение с детьми и пренебрежение ими (любого рода), насилие в семье. Плохое общение между родителями и детьми, часто характерное для трудных условий, усиливает сомнения в себе и депрессию [18, с. 135]. Многие ученые, занимающиеся проблематикой жизнестойкости, рассматривают детский и подростковый возраст как важный этап в развитии компонентов жизнестойкости, копинга и механизмов психологических защит. Так, считается, что жизнестойкость появляется в начале жизни, а также частично в отрочестве. Главным стержнем ее развития выступают детско-родительские отношения, поскольку и ребенок, и родители привносят в них свой набор врожденных потребностей и способностей (так называемое ядро личности). Именно в детском возрасте происходит освоение эффективных стратегий и способов совладающего поведения, которые впоследствии становятся неизменным личностным ресурсом совладания с трудными жизненными ситуациями [31, с. 181].

Многие из предположений Дюркгейма, одного из самых известных теоретиков проблемы самоубийства в конце XIX века, были основаны на модели развития систем. Им была подчеркнута важная роль социальных факторов в этиологии суицидальных попыток. Согласно теории Дюркгейма (1897), дезорганизация социальных сил приводит к попытке самоубийства. Он предположил, что отсутствие социальной интеграции помимо моральной интеграции приводит к росту попыток самоубийства [30, с. 497].

При изучении социального опыта подростков и его влияния на результаты развития необходимо учитывать гендерные аспекты. С юных лет девочки и мальчики по-разному социализируются родителями, учителями, средствами массовой информации и сверстниками [22, с. 282]. Практически от каждого агента социализации девочки и мальчики получают сообщения с гендерной спецификой о целях, идеалах, подходящем поведении, сильных и слабых сторонах. Девочки учатся (прямо и косвенно) ценить отношения, сотрудничество и эмоциональное выражение, в то время как

мальчики социализируются, чтобы сосредоточиться на конкуренции и доминировании. С этой точки зрения, гендерные различия в психологическом стрессе неудивительны. У подростков женского пола более высокая эмоциональная интенсивность и более сильные эмоциональные реакции на социальные раздражители по сравнению с юношами, а также у них отмечен более высокий уровень депрессии. Кроме того, девочки-подростки чаще сообщают о суицидальных мыслях и попытках, чем мальчики-подростки [18, с. 138].

Одной из общих тем социологических теорий, касающихся попыток самоубийства, является тот факт, что позитивные социальные связи могут защищать от попыток самоубийства, тогда как негативные социальные связи могут повышать риск попытки самоубийства. Другими словами, социальный контекст является решающим фактором в понимании риска попытки самоубийства. Факторы, связанные с отношениями со сверстниками, достаточно важны для понимания риска самоубийства. Неудивительно, что подростки, которые ведут беспорядочную жизнь, делают аборты или начинают половую жизнь в раннем возрасте, испытывают высокие эмоциональные переживания и, следовательно, подвергаются риску суицидального поведения [14, с. 540]. Кроме того, особую роль занимает молодежь, вовлеченная в насилие со стороны сверстников, в том числе и по причине буллинга, каждый второй подросток в России сталкивался с травлей в школе. О буллинге со стороны сверстников рассказали 52 % опрошенных в возрасте от 10 до 18 лет – в первую очередь они жалуются на психологическую агрессию (32 %) и физическую, проявляющуюся в толчках и побоях (26,6 %) [4, с. 24].

В исследовании Е.Е. Малковой и соавт. показано ключевое значение характера взаимоотношений со сверстниками в качестве предиктора возникновения отклонений в поведении подростков. Описаны типы межличностных отношений, присущих социально адаптированным подросткам и подросткам-девиантам. Для девиантных подростков, по данным исследования, преобладающими типами межличностных отношений являются властно-лидерующий, зависимо-послушный и сотрудничающе-конвенциональный, в то время как для социально адаптированных подростков характерно гармоничное сочетание черт всех типов межличностных отношений [7, с. 133].

Чрезмерная эмоциональная зависимость от других, отсутствие социальной поддержки от друзей и низкая самооценка социальной компетентности приводят к более высокому риску суицида. Как считают многие ав-

торы, сегодня подросток может убить себя в результате воздействия так называемых закрытых «групп смерти» в социальных сетях. На них приходится 1 % от общего числа смертей [17, с. 494]. В феврале 2018 г. «Центр интернет-технологий» провел исследование «групп смерти» в социальных проектах. Печальная статистика исследования показала, что предпринимаемые попытки социальных проектов уменьшить число подобных хештегов не дали результатов и число игроков возросло. С начала 2017 г. найдены около 40 тысяч возможных участников «групп смерти» [12].

Глубина и характер духовной жизни молодежи также могут быть важным фактором при принятии решения о вреде себе. Подростки с сильными христианскими религиозными убеждениями лучше способны подавлять импульсивные искушения самоубийства и искать пути понимания и поддержки. Они также чаще общаются со сверстниками и взрослыми, которые могут предложить жизнеспособные альтернативы самоубийству [15, с. 6].

### **Заключение**

Таким образом, риск самоубийства значительно выше у подростков с депрессией, тревогой, негативным самовосприятием и симптомами враждебности. Подростковый возраст с его эмоциональными колебаниями и склонностью к импульсивности и безрассудному поведению является периодом времени, который должен быть направлен на предотвращение самоубийств, и эти методы профилактики должны быть ориентированы конкретно на уникальные потребности развития этой группы населения. Хотя эпидемиологические данные имеют важное значение для разработки вмешательств, суицидальное поведение имеет большое количество основных причин, которые сложно понять и которые различаются в разных странах, что делает профилактические мероприятия более сложными и разнообразными. При этом современные модели феноменов самоубийств у подростков подчеркивают важность различия суицидальных представлений, не-суицидального самоповреждения, попытки самоубийства и совершенного самоубийства; ключевую роль депрессии в переходе от суицидальных представлений к попыткам самоубийства, при которых депрессия является сильным проксимальным фактором; а также тот факт, что многочисленные выявленные факторы риска не охватывают весь риск идеи суицида. В связи с чем, при прогнозировании риска самоубийства должны приниматься во внимание защитные факторы.

## **Литература**

1. Банников Г.С., Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). (режим доступа: <http://medpsy.ru>).
2. Бруг А.В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 176 с.
3. Вагин Ю. Р. Корни суицидальной активности // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 32–48.
4. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 24–31.
5. Гусева М.В. Медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса // Вестник психотерапии. – 2004. – № 12 (17). – С. 149–150.
6. Каневский В.И. Ситуация, надситуативность и парасуицид // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 1. – С. 36–42.
7. Малкова Е.Е., Наумова А.А. Особенности межличностных отношений подростков-девиантов // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 130–138.
8. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55–62.
9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 366 с.
10. Рыбников В.Ю., Градскова У.И. Многомерный анализ социально-психологических факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 59–66.
11. Хлусов И.И. Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 50–55.
12. Центр интернет-технологий «РОЦИТ» [Электронный ресурс]. (Режим доступа: <https://rocit.ru/>).
13. Чижова Д.С., Хлусов И.И. Эпидемиология и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса, проблемы кризисно-суицидологической помощи // Вестник психотерапии. – 2007. – № 24 (29). – С. 195–198.
14. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors // Front Psychiatry. – 2018. – N 9. – P. 540.
15. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors // Journal of adolescent health. – 2013. – N 53. – Pp. 4–12.
16. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss Sadness and Depression. – New York: Basic Books. – 1980. – 462 p.
17. Bradshaw C.P., Waasdorp T.E., Johnson S.L. Overlapping verbal, relational, physical, and electronic forms of bullying in adolescence: influence of school context //

Journal of clinical child and adolescent psychology. – 2015. – Vol. 44, N 3. – Pp. 494–508.

18. Brown G.L., Craig A.B., Halberstadt A.G. Parent gender differences in emotion socialization behaviors vary by ethnicity and child gender. Science and practice of parenting. – 2015. – Vol. 15, N 3. – Pp. 135–157.
19. Chronis-Tuscano A., Molina B.S. G., Pelham W.E. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // Archives of General Psychiatry. – 2010. – N 67. – Pp. 1044–1051.
20. Dunlop S. M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? // Journal Child Psychol Psychiatry. – 2011. – Vol. 52, N 10. – P. 1073–1080.
21. Holt M.K., Vivolo-Kantor A.M., Polanin J.R. [et al.] Bullying and suicidal ideation and behavior: a meta-analysis // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135, N 2. – P. 496–509.
22. Im Y., Oh W.O., Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis // Arch Psychiatr Nurs. – 2017. – Vol. 31, N 3. – Pp. 282–286.
23. King K., Vidourek R.A. Teen depression and suicide: effective prevention and intervention strategies // The Prevention Researcher. – 2012. – Vol. 19, N 4. – Pp. 15–17.
24. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies // European Child and Adolescent Psychiatry. – 1993. – Vol. 2, N 1. – P. 10–18.
25. Peterson J., Freedenthal S., Coles A. Adolescents who self-harm: how to protect them from themselves: strengthen coping skills, develop a safety plan, and treat comorbid disorders // Current Psychiatry. – 2010. – Vol. 9, N 8. – P. 15-A.
26. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. [et al.] Substance abuse and suicide risk among adolescents // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2012. – N 262. – Pp. 469–485.
27. Turechi G., Brent D.A. Suicide and suicidal behavior // The Lancet. – 2016. – N 387. – Pp. 1227–1239.
28. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. [et al.] The interpersonal theory of suicide // Psychological Review. – 2010. – N 117. – Pp. 575–600.
29. Who mental health. Geneva: World Health Organization. – 2018. – Available online at: [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/).
30. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT) // American Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 168, N 5. – Pp. 495–501.
31. You S., Van Orden K. A., Conner K. R. Social connections and suicidal thoughts and behavior // Psychol Addict Behav. – 2011. – Vol. 25, N 1. – Pp. 180–184.

Поступила 13.12.2019

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

**Для цитирования.** Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н. Суицидальное поведение в подростковом возрасте: проблема и факторы формирования // Вестн. психотерапии. 2020. № 73 (78). С. 127–140.

---

## SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: A PROBLEM AND FACTORS OF FORMATION

**Isagulova E.Yu.<sup>1</sup>, Alyohin A.N.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis  
(Poryadkovyj per., 21, Moscow, Russia);

<sup>2</sup> Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen  
(Moika River Emb., 48, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Yurievna Isagulova – clinical psychologist, head of the Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis (Poryadkovyj per., 21, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com;

Anatoliy Nikolaevich Alyohin – Dr. Med. Sci., prof., head of the department of clinical psychology and psychological assistance, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen (Moika River Emb., 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termez59@mail.ru.

**Abstract.** The article covers an analytical review of modern literature on the problem of suicidal behavior in adolescence. Disclosed indicators of suicidal behavior in the world and individual countries. The psychological characteristics of adolescents prone to suicidal behavior, the causes of the formation of a tendency to suicidal behavior in adolescence are analyzed. The approaches explaining the nature of suicidal behavior and the factors of its occurrence (psychological, sociological, family, economic and spiritual) are considered. The relationship between suicidal behavior, depression and family factors is disclosed.

**Key words:** parasuicidal behavior, parasuicide, suicide, suicidal behavior, adolescence.

### References

1. Bannikov G.S., Koshkin K.A. Krizisnye sostoyaniya u podrostkov (presuicidalnye markery, osobennosti lichnosti, strategii krizisnoj psixoterapevticheskoy pomoshi) [Crisis states in teenagers (presuicidal markers, personality features, crisis psychotherapeutic care strategies)]. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn* [Medical psychology in Russia: electron. Sci. Journal]. 2013. N 2 (19). <http://medpsy.ru>. (In Russ.)

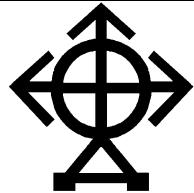
2. Brug A.V. Kliniko-psixologicheskoe issledovanie podrostkov s recidivami suicidnyh popytok [Clinical-psychological study of teenagers with recurrence of suicidal attempts]: dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg, 2008. 176 p. (In Russ.)
3. Vagin Yu. R. Korni suicidalnoj aktivnosti [Roots of suicidal activity]. *Suicidologiya* [Suicidal]. 2011. N 4. Pp. 32–48. (In Russ.)
4. Volikova S.V., Nifontova A.V., Holmogorova A.B. Shkol`noe nasilie (bullying) i suicidal`noe povedenie detej i podrostkov [School violence (bullying) and suicidal behavior of children and teenagers]. *Voprosy psihologii* [Issues of psychology]. 2013. N 2. Pp. 24–31. (In Russ.)
5. Guseva M.V. Mediko-psihologicheskie osobennosti samoubijstv naseleniya megapolisa [Medical and Psychological Features of Suicide of the Population of the Metropolis]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2004. N 12 (17). Pp. 149–150. (In Russ.)
6. Kanevskij V.I. Situaciya, nadsituativnost i parasuicid [Situation, oversivity and Parasuicide]. *Suicidologiya* [Suicidal]. 2013. Vol. 4, N 1. Pp. 36–42. (In Russ.)
7. Malkova E.E., Naumova A.A. Osobennosti mezhlichnostnyh otnoshenij podrostkov-deviantov [Peculiarities of interpersonal relations of teenagers-deviants]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 130–138. (In Russ.)
8. Polozhij B.S. Integrativnaya model` suicidal`nogo povedeniya [Integrative Model of Suicidal Behavior]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010. N 4. Pp. 55–62. (In Russ.)
9. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidalnoe povedenie u podrostkov. [Suicidal behavior in teenagers]. Sankt-Peterburg, 2017. 366 p. (In Russ.)
10. Ry`bnikov V.Yu., Gradskova U.I. Mnogomernyj analiz socialno-psihologicheskix faktorov riska suicidal`nogo povedeniya u muzhchin i zhenshhin trudosposobnogo vozrasta [Multidimensional analysis of social and psychological risk factors of suicidal behavior in men and women of working age]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 59–66. (In Russ.)
11. Hlusov I.I. Mediko-psihologicheskaya ocenka faktorov riska suicidalnogo povedeniya u licz raznyh vozrastnyh grupp [Medical and psychological assessment of risk factors of suicidal behavior in persons of different age groups]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 37 (42). Pp. 50–55. (In Russ.)
12. Centr internet-tehnologij «ROCIT» [Internet Technology Center "ROCIT"]. <https://rocit.ru/>. (In Russ.)
13. Chizhova D.S., Hlusov I.I. E`pidemiologiya i mediko-psihologicheskie osobennosti samoubijstv naseleniya megapolisa, problemy` krizisno-suicidologicheskoy pomoshi [Epidemiology and medical and psychological features of suicide of the population of the metropolis, problems of crisis and suicidal care]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007. N 24 (29). P. 195–198. (In Russ.)
14. Bilsen J. Suicide and youth: risk factors. *Front Psychiatry*. 2018. N 9. Pp. 540.
15. Borowsky I.W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of adolescent health*. 2013. N 53. Pp. 4–12.

16. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 3: Loss Sadness and Depression. New York, 1980. 462 p.
17. Bradshaw C.P., Waasdorp T.E., Johnson S.L. Overlapping verbal, relational, physical, and electronic forms of bullying in adolescence: influence of school context. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2015. Vol. 44, N 3. Pp. 494–508.
18. Brown G.L., Craig A.B., Halberstadt A.G. Parent gender differences in emotion socialization behaviors vary by ethnicity and child gender. *Science and practice of parenting*. 2015. Vol. 15, N 3. Pp. 135–157.
19. Chronis-Tuscano A., Molina B.S. G., Pelham W.E. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2010. N 67. Pp. 1044–1051.
20. Dunlop S.M., More E., Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal Child Psychol Psychiatry*. 2011. Vol. 52, N 10. P. 1073–1080.
21. Holt M.K., Vivolo-Kantor A.M., Polanin J.R. [et al.] Bullying and suicidal ideation and behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015. Vol. 135, N 2. Pp. 496–509.
22. Im Y., Oh W.O., Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017. Vol. 31, N 3. P. 282–286.
23. King K., Vidourek R.A. Teen depression and suicide: effective prevention and intervention strategies. *The Prevention Researcher*. 2012. Vol. 19, N 4. Pp. 15–17.
24. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Adolescence and suicide: a review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1993. Vol. 2, N 1. Pp. 10–18.
25. Peterson J., Freedenthal S., Coles A. Adolescents who self-harm: how to protect them from themselves: strengthen coping skills, develop a safety plan, and treat comorbid disordersn. *Current Psychiatry*. 2010. Vol. 9, N 8. Pp. 15-A.
26. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. [et al.] Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012. N 262. Pp. 469–485.
27. Turechi G., Brent D.A. Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*. 2016. N 387. Pp. 1227–1239.
28. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. [et al.] The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010. N 117. Pp. 575–600.
29. Who mental health. Geneva: World Health Organization. 2018. Available online at: [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/).
30. Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C. [et al.] Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168, N 5. Pp. 495–501.
31. You S., Van Orden K.A., Conner K.R. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychol Addict Behav*. 2011. Vol. 25, N 1. Pp. 180–184.

Received 13.12.2019

**For citing.** Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Suicidalnoe povedenie v podrostkovom vozraste: problema i faktory formirovaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 73. Pp. 127–140. (In Russ.)

Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Suicidal behavior in adolescence: a problem and factors of formation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 73. Pp. 127–140.



**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. **На 2 полугодие 2020 г. подписка будет проводиться по объединенному каталогу «Прессы России» (индекс–15399).** Журнал выпускается 4 раза в год.

**Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий**, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

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

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее  $\frac{1}{2}$  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](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)).

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

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

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: [9297911@list.ru](mailto:9297911@list.ru))



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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

## Учредитель:

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

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

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

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» (2 полугодие 2020 г.) – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз. цена – свободная