

ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology
Психиатрине психологин чăваш хыпарçи

Том 11 • № 2
Volume 11 • Number 2

2015

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

Учредитель и издатель –
ФГБОУ ВПО «Чувашский
государственный
университет
имени И.Н. Ульянова»

Издается при содействии
Чувашской ассоциации
психиатров, наркологов,
психотерапевтов,
психологов

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

Журнал представлен
в РИНЦ (Российский
индекс научного
цитирования),
Ulrich's Periodicals Directory

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

Тел. (8352) 45-20-96;
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Главный редактор

д-р мед. наук Е.Л. Николаев (Чебоксары, Россия)

Зам. главного редактора

проф. А.В. Голенков (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

канд. мед. наук И.Е. Булыгина (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Г.Г. Вербина (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук Д.В. Гартфельдер (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук А.Н. Захарова (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Е.Р. Исаева (Санкт-Петербург, Россия)

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

д-р психол. наук Н.А. Кравцова (Владивосток, Россия)

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

канд. мед. наук Ф.В. Орлов (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук С.А. Петунова (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет

проф. Н.В. Агазаде (Баку, Азербайджан)

проф. А.А. Александров (Санкт-Петербург, Россия)

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

канд. мед. наук И.Н. Бабурин (Санкт-Петербург, Россия)

канд. психол. наук С.Н. Ениколопов (Москва, Россия)

д-р мед. наук Ю.В. Игнатъев (Белиц, Германия)

проф. С.А. Игумнов (Минск, Белоруссия)

д-р мед. наук К.А. Идрисов (Грозный, Россия)

проф. В.И. Коростий (Харьков, Украина)

канд. психол. наук М.А. Кулыгина (Москва, Россия)

д-р мед. С. Лесинскене (Вильнюс, Литва)

д-р психол. наук В.А. Микаелян (Ереван, Армения)

канд. мед. наук Е.С. Молчанова (Бишкек, Кыргызстан)

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

д-р мед. наук Д.М. Мухамадиев (Душанбе, Таджикистан)

канд. психол. наук Е.И. Первичко (Москва, Россия)

канд. мед. наук Г. Резвый (Будё, Норвегия)

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

проф. О.А. Скугаревский (Минск, Белоруссия)

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

проф. Л.Н. Юрьева (Днепропетровск, Украина)

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2015

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

**Quartely
peer reviewed research
and clinical practice journal**

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

The journal is published
with assistance
of the Chuvash Association
of psychiatrists, narcologists,
psychotherapists,
psychologists

The journal provides
information support
of the Russian Society
of Psychiatrists
and the Russian
Psychological Society

The journal is presented
in Russian Science Citation Index,
Ulrich's Periodicals Directory
data bases

Editorial Office:
15 Moskovskiy pr.,
Cheboksary, 428015, Russia

Tel: +7 (8352) 45-20-96
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Editor-in-chief

E. Nikolaev, M.D., Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

Deputy editor

A. Golenkov, M.D., prof. (Cheboksary, Russia)

Editorial Board

I. Bulygina, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

D. Hartfelder, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

E. Isayeva, Dr. Sci. (St. Petersburg, Russia)

A. Karpov, M.D., prof. (Kazan, Russia)

V. Krasnov, M.D., prof. (Moscow, Russia)

N. Kravtsova, Dr. Sci. (Vladivostok, Russia)

F. Orlov, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

S. Petunova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

G. Verbina, Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

A. Zakharova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

Editorial Council

N. Agazade, M.D., prof. (Baku, Azerbaijan)

A. Aleksandrov, M.D., prof. (St. Petersburg, Russia)

M. Assimov, M.D., prof. (Almaty, Kazakhstan)

I. Baburin, M.D., Ph. D. (St. Petersburg, Russia)

S. Enikolopov, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Evans, Ph.D. (New-York, USA)

K. Idrisov, M.D., Dr. Sci. (Russia)

Yu. Ignatyev, M.D., Dr. Sci. (Beelitz, Germany)

S. Igumnov, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

V. Korostiy, M.D., prof. (Kharkov, Ukraine)

M. Kulygina, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Lesinskiene, M.D., Ph. D. (Vilnius, Lithuania)

V. Mikaelyan, Dr. Sci. (Yerevan, Armenia)

E. Molchanova, M.D., Ph. D. (Bishkek, Kyrgyzstan)

D. Mukhamadiev, M.D., Dr. Sci. (Dushanbe, Tajikistan)

K. Murayama, M.D., Ph. D. (Fukuoka, Japan)

E. Pervichko, Ph. D. (Moscow, Russia)

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

W. Rutz, M.D., prof. (Stockholm, Sweden)

O. Skugarevsky, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

T. Sørli, M.D., prof. (Tromsø, Norway)

L. Yur'yeva, M.D., prof. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Содержание

От редактора

- 6 Bene dignoscitur, bene curatur...

Е.Л. Николаев

Актуальные вопросы

- 10 Возможности ранней диагностики
и профилактики психозов
О.А. Скугаревский, М.М. Скугаревская
- 26 Копинг-стратегии у сотрудников МЧС России
с различными уровнями креативности
А.А. Земскова, Н.А. Кравцова
- 43 Маргинальная личность
как субъект затруднённого общения
Н.Д. Узлов

Вопросы аддиктологии

- 64 Любовные аддикции

А.Ю. Егоров

Личность и болезнь

- 82 Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания
Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева
- 106 Агрессия у больных параноидной шизофренией:
психодинамический контекст
Ю.Ю. Худякова

Психотерапия и консультирование

- 121 Виды и функции гипнотических метафор
в психологическом консультировании
Ю.А. Абросимова
- 146 Психотерапия невротических расстройств:
психологические факторы и механизмы
Е.А. Колотильщикова

Перекрёсток культур

- 171 Социальные и культурные факторы
женской гипополидемии и аноргазмии
Н.Э. Бавелян

Contents

Editorial

- 6 Bene dignoscitur, bene curatur...
E. Nikolaev

Live issues

- 10 Possibility of early detection and prevention of psychosis
O. Skugarevsky, M. Skuhareuskaya
- 26 Coping strategies in employees of EMERCOM
of Russia with different levels of creativity
A. Zemsikova, N. Kravtsova
- 43 Marginal personality as the subject of miscommunication
N. Uzlov

Addictology issues

- 64 Love addictions
A. Egorov

Personality and disease

- 82 Personality adaptation and cardiovascular disease
E. Nikolaev, E. Lazareva
- 106 Aggression in patients with paranoid schizophrenia:
psychodynamic context
Yu. Khudyakova

Psychotherapy and counseling

- 121 Types and functions of hypnotic metaphors
in psychological counseling
Yu. Abrosimova
- 146 Psychotherapy of neurotic disorders:
psychological factors and mechanisms
E. Kolotil'shchikova

Crossroads of cultures

- 171 Social and cultural factors
of female hypoactive sexual desire disorder and anorgasmia
N. Baveyan

УДК 616.89+159.9:61
ББК Р64+Ю48

BENE DIGNOSCITUR, BENE CURATUR...

Темой данного номера стали вопросы клинической и психологической практики, объединенные классическим латинским афоризмом, подчеркивающим значимость своевременного и тщательного поиска биопсихосоциальных истоков проблем здорового или больного для оказания эффективной помощи – *то, что хорошо распознается, хорошо вылечивается*. Справедливость этой многовековой мудрости о важности правильной диагностики по-прежнему находится в центре научного интереса и постоянно открывается нам новыми и неожиданными гранями.

Недавнее исследование больных с аффективной патологией, опубликованное группой ученых Миланского университета, свидетельствует, например, о том, что более чем половине больных биполярным расстройством с психотическими симптомами при первом контакте с психиатрическими службами устанавливается неверный диагноз. В то время как предикторами исхода в подобных клинических ситуациях является не продолжительность нелеченого психоза, а продолжительность нелеченого основного заболевания. И именно ранняя диагностика и правильное лечение стабилизаторами настроения (или атипичными антипсихотиками с эффектом стабилизаторов настроения) могут улучшить долгосрочный результат у таких пациентов [1]. Между тем при биполярном расстройстве уже в раннем детском возрасте может нарушаться способность к правильному распознаванию эмоций лица, о чем сообщают в совместном исследовании американские педиатры и психиатры [2], что также может учитываться для ранней диагностики аффективных нарушений у детей.

Возникают новые клинические ситуации, требующие новых подходов в диагностическом поиске. Так, в проведенном в США исследовании описано, что характерные для шизофрении психотические симптомы с более высокой частотой, чем ожидалось ранее, встречаются при посттравматическом стрессовом расстройстве. В генетическом исследовании GWAS установлена группа генов, связанных с посттравматическим стрессовым расстройством. Эти же гены частично совпадают с генами, отвечающими за высокий риск развития шизофрении [3].

Но вернемся к материалам нашего журнала, которые, на наш взгляд, также представляют несомненный интерес. Насколько значимая роль в ранней диагностике и профилактике психозов принадлежит концепции стадийной модели развития шизофрении? Насколько велики возможности диагностики шизофрении на ее продромальном этапе? Аргументированные ответы на эти вопросы читатель сможет найти в работе наших белорусских коллег из Минска, которые видят большую практическую целесообразность выделения при шизофрении клинических состояний высокого риска развития психоза.

Довольно актуальная задача повышения эффективности профессиональной деятельности сотрудников службы чрезвычайных ситуаций привела наших дальневосточных коллег из Владивостока к выводу о необходимости диагностики личностной креативности как фактора, взаимосвязанного с совладающим поведением. Как оказалось, диагностика креативности может не только помочь прогнозировать копинг-поведение личности в экстремальной ситуации, но и может быть использована в профессиональной подготовке спасателей.

Статья нашего пермского коллеги, посвященная проблемам маргинальной личности, ведет читателя гораздо дальше собственно диагностического этапа взаимодействия с ней. Можно совершенно справедливо отметить, что она в большей мере посвящена стратегиям коммуникативного взаимодействия с такой личностью в контексте рассмотрения ее как субъекта затрудненного общения, что имеет большую практическую ценность.

Диагностические аспекты нехимической зависимости (на примере любовной зависимости как аддикции к любовным отношениям с фиксацией на другом человеке) подробно приведены в следующей статье. Ее автором является известный санкт-петербургский психиатр и аддиктолог. Познакомившись с этой работой, мы можем согласиться или же поспорить с автором о том, насколько человеческая любовь как форма межличностных взаимоотношений близка к патологическим состояниям химической зависимости.

Анализ научных работ, посвященных диагностике личностных особенностей адаптации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, представленный в обзоре чебоксарских исследователей, позволяет прийти к выводу о том, что более перспектив-

ным является подход, рассматривающий болезнь как источник новых адаптивных возможностей для болеющей личности. Ижевский психолог в приведенном клиническом случае психодиагностически подтверждает нарушение при шизофрении регуляции агрессивности за счет компонентов ценностно-нормативной сферы по типу подражания.

Работа нашей саратовской коллеги о гипнотических метафорах является прекрасным примером того, как простое средство взаимодействия с клиентом «в руках» квалифицированного специалиста может из средства диагностики его состояния и потребностей превращаться в продуктивное средство его изменений и положительных трансформаций. Заслуживающим внимание моментом является перечисление показаний и ограничений при применении данного психотерапевтического метода.

Следующий обзор, выполненный нашим постоянным петербургским автором, посвящен выделению общих и специфических психологических факторов и механизмов, лежащих в основе применения психотерапии при лечении невротических расстройств. Автор особо выделяет проблему мотивации в психотерапии, а также обращает внимание на вопрос ответственности психотерапевта в создании благоприятных условий для развития мотивации пациента.

Заключительная статья журнала подготовлена нашей армянской коллегой из Еревана и посвящена анализу социокультурных факторов некоторых сексуальных нарушений у женщин. Отчетливая психоаналитическая позиция автора позволяет рассматривать сексуальные дисфункции у женщин как результат социального давления традиционного общества, имеющего свою культурную специфику в условиях современных армянских социальных реалий. Несомненно, что диагностика данных особенностей подразумевает их обязательный учет в терапии сексуальных нарушений.

Как видно из подборки статей текущего номера журнала, несмотря на свою большую роль, диагностика в клинической и психологической практике не является самоцелью. Не всегда она является и отдельным самостоятельным этапом взаимодействия до наступления собственного этапа лечения. Очень часто в практике психиатрии и психологии уже на диагностическом этапе специалист получает не только необходимую информацию для уточнения диагноза, но и возможность коррекции тех или иных свойств,

черт личности, патологических проявлений или симптомов. Приверженность к такому подходу определяется многими факторами, в числе которых: степень профессионализма специалиста, его клиническое «чутье», открытость новому опыту.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Altamura A.C., Buoli M., Caldiroli A., Caron L., Cumerlato Melter C., Dobra C., Cigliobianco M., Zanelli Quarantini F. Misdiagnosis, duration of untreated illness (DUI) and outcome in bipolar patients with psychotic symptoms: A naturalistic study. *J. Affect. Disord.*, 2015, Apr. 22, vol. 182, pp. 70–75. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.024.
2. Wegbreit E., Weissman A.B., Cushman G.K., Puzia M.E., Kim K.L., Leibenluft E., Dickstein D.P. Facial emotion recognition in childhood-onset bipolar I disorder: an evaluation of developmental differences between youths and adults. *Bipolar Disord.*, 2015, May 8. doi: 10.1111/bdi.12312.
3. O'Conghaile A., DeLisi L.E. Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2015, May, vol. 28(3), pp. 249–255. doi: 10.1097/YCO.000000000000158.

Главный редактор
Евгений Николаев

УДК 616.89-008.1

ББК Р645.090-3

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОЗОВ

О.А. Скугаревский¹, М.М. Скугаревская²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Крайне важной с практической точки зрения является диагностика случаев dementia praecox с определенностью и на ранних стадиях.

Kraepelin, 1896

Распространенность психотических расстройств (неаффективных и аффективных) составляет порядка 3,5%, отдельно шизофренические психозы встречаются примерно у 1% населения [23]. Начало психотического расстройства приходится в большинстве случаев на молодые годы с наибольшей частотой возникновения первого эпизода на третьем десятилетии жизни и часто драматически сказывается на последующей судьбе человека. Крайне высокой является прямая и опосредованная «стоимость» шизофренических психозов для общества. Одним из способов минимизации ущерба, наносимого шизофренией, улучшения исходов этого заболевания является максимально раннее начало лечения, т.е. сокращение продолжительности нелеченого психоза (времени от начала психотических симптомов до начала адекватного лечения) и продолжительности нелеченого заболевания (времени от появления первых признаков неблагополучия до назначения антипсихотического лечения). Тот факт, что начало шизофрении не совпадает с первой госпитализацией и даже с появлением первых психотических симптомов, известен давно. В.А. Гиляровский в своем руководстве по психиатрии (1935) упоминал: «... истинное лицо шизофрении выясняется далеко не сразу, и на первых порах выступают малохарактерные симптомы раздражения. Это – различные неприятные ощущения, головные боли, повышенная раздражительность, неустойчивость настроения и нередко неохота к труду и повышенная утомляемость» [1]. Продолжительность нелеченного психоза (при шизофрении), по данным различных ис-

следователей, составляет от 38 до 72 недель [7, 10]. Продолжительность нелеченного заболевания существенно выше, так, в исследовании Loebel et al. (1992) она составила 151 неделю [9]. К последствиям отсроченного лечения относятся: снижение психосоциального функционирования, возникновение терапевтической резистентности, повышение вероятности последующих рецидивов, замедленное и неполное выздоровление, худший прогноз, усиление стигмы, повышение риска депрессии и суицида, нарушение психологического и социального развития, напряжение в межличностных отношениях; утрата семейной и социальной поддержки, нарушение функционирования как родителя [9]. Введение термина «продолжительность нелеченного заболевания» тесно связано со стадийной моделью шизофрении.

Согласно стадийной модели шизофрении (McGogry P.D. с соавт., 2006, табл. 1), выделяются ранние стадии болезни: пресимптоматический риск (генетическая отягощенность, неблагоприятные средовые воздействия, некоторый когнитивный дефицит) и препсихотический продром (когнитивные, поведенческие и социальные нарушения, обращение за специализированной помощью). В дальнейшем развиваются стадии острого психоза и хронического заболевания [5, 16].

Стадийная модель шизофрении, по аналогии со стадийными моделями расстройств в других областях медицины, например в онкологии, подразумевает, что в зависимости от стадии заболевания происходит подбор терапии [18]. На ранних стадиях заболеваний, к которым относится синдром риска первого психоза, используются более «мягкие» вмешательства (например, на начальных стадиях рака молочной железы возможны органосохраняющие операции) по сравнению с более поздними стадиями. Также следует ожидать большей эффективности терапии на ранних стадиях болезни.

Если диагностика острого психоза специалистом, как правило, не вызывает трудностей, то диагностика шизофрении на более ранних стадиях заболевания гораздо сложнее. Стадия I не имеет специфических признаков. Несмотря на большую значимость наследственных факторов в развитии шизофрении, не выявлено значимых генетических маркеров заболевания. К факторам группы генетического риска относятся ближайшие родственники больных шизофренией. Однако частота развития развернутого психоза у таких лиц, находящихся в «критическом» для развития шизофрении возрасте (16–25 лет), мала и составляет порядка 8 % за 6 лет наблюдения [13].

Таблица 1. Стадии развития шизофрении (McGorry, 2008)

Стадия I	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
Пресимптоматический риск	Препсихотический продром	Острый психоз	Хроническое заболевание
Признаки			
Генетическая уязвимость, внешние факторы риска	Когнитивные, поведенческие, социальные нарушения	Выраженные нарушения мышления и поведения, течение с периодами обострения и ремиссии	Инвалидизация, осложнения медикаментозной терапии
Диагностика			
Генетический анализ, семейный анамнез	Специфические шкалы, оценка когнитивных функций, нейровизуализация	Клиническое интервью, утрата критики	Клиническое интервью, утрата функции
Функционирование			
Нет нарушений, легкие когнитивные нарушения	Проблемы в учебе, социальном функционировании	Острое нарушение функционирования, выраженный семейный дистресс	Хроническая инвалидизация, отсутствие работы, неспособность жить самостоятельно

На данном этапе развития психиатрии стадия II является более перспективной для ранней диагностики шизофрении. Именно на этой стадии («продрома») сфокусировано множество современных исследований, которые дают результаты, пригодные для практического применения в повседневной практике психиатра. В медицине термином «продром» (греч. πρόδρομος – предшественник) обозначают стадию заболевания, при которой встречаются неспецифические, ранние симптомы, которые указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине. Одно из первых описаний продрома шизофрении было дано Mayer-Gross в 1932 г. [15]. С уверенностью сказать, что это продром шизофрении, можно только ретроспективно после появления полной симптоматики заболевания. В проспективных исследованиях, когда не ясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используются термины «синдром риска первого психоза», «состояние риска развития психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk mental state (ARMS)», «ultra-high risk (mental) state», «clinical high risk state» и др. Подоб-

ные состояния не тождественны «вялотекущей» или «малопрогредиентной» шизофрении в трактовке советской психиатрической школы [3, 4], так как подразумевается возможность их прогрессирования в развернутый психоз. Кроме того, состояния риска развития психоза могут трансформироваться не только в шизофрению, но и в другие психозы (аффективные, ассоциированные с приемом психоактивных веществ) [20]. Это послужило основанием для избегания термина «шизофрения» при описании состояний риска развития психоза, несмотря на тесную связь именно с этим расстройством.

В продромальной фазе (фазе риска развития психоза) наблюдается отчетливое снижение социального, профессионального функционирования. Появляются симптомы риска психоза, которые нарастают по количеству, тяжести и частоте. Эта фаза в среднем длится от двух до пяти лет. Обычно вначале появляются неспецифические и негативные симптомы, а затем – слабовыраженные позитивные. Среди неспецифических симптомов можно отметить беспокойство, снижение настроения, тревогу, трудности общения, потерю уверенности в себе, снижение энергетического потенциала, медлительность, снижение эффективности профессиональной/учебной деятельности, социальное избегание, подозрительность, трудности концентрации внимания, нарушения процесса мышления, нарушения сна и аппетита. В год, предшествующий началу психоза, особенно в последние 4-6 месяцев, симптомы усиливаются по количеству и интенсивности. Характерны шизофреноподобные феномены (например, идеи отношения, параноидные идеи, необычные вычурные идеи, необъяснимые видения и звуки), хотя сохраняется критичность к ним. Стадия первого психоза начинается, когда симптомы «риска» становятся отчетливо психотическими, т.е. субъект воспринимает галлюцинации и бред как реальность, утрачивается критика и снижается способность к организованному, интегрированному поведению.

Диагностика на стадии II основана в первую очередь на специфических симптомах, к которым относятся:

- **ослабленные позитивные симптомы** – симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не являющиеся еще психотическими. Например, сверхценные идеи о том, что над субъектом смеются или к нему враждебно относятся, при этом субъект осознает, что это не всегда правда. Сюда же можно отнести идеи отношения, необычные убеждения или магическое

мышление, нарушения восприятия, странное поведение, речь и внешний вид;

- **короткие самопроходящие повторяющиеся психотические симптомы** – транзиторные психотические симптомы (идеи отношения, обманы восприятия, параноидные идеи, нарушения мышления и речи), длящиеся до 7 суток и проходящие спонтанно;

- **нарушение функционирования при имеющемся генетическом риске**, когда при наличии родственников первой линии родства с расстройствами шизофренического спектра и/или наличие шизотипического расстройства личности (по DSM) у пробаанда присутствуют недавно возникшие (за последний год) нарушения социального или профессионального функционирования;

- **базисные симптомы** – субъективные нарушения психической деятельности, оцениваемые пациентом как аномальные, несвойственные ему прежде, отклонения от «нормального» функционирования вне зависимости от того, наблюдаются ли они объективно в поведении, мимике или речи пациента. Эти изменения обычно неявны, незаметны без детального расспроса, так как они активно компенсируются пациентом посредством повышенных усилий. Эти симптомы, как правило, не замечаются окружающими. Субъект оценивает эти изменения как собственные, не связанные с внешним окружением [22]. Примерами базисных симптомов могут служить нарушение способности справляться со стрессом, который раньше был хорошо переносим, снижение эмоциональной реактивности, недостаток «мыслительной энергии» и целенаправленности мышления, блокады мыслей, нарушения речептивной и экспрессивной речи и др.;

- **проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса**, к которым относятся неадекватность, формальность, выхолощенность, бессодержательность ассоциаций, использование при обобщении несущественных, латентных признаков объектов или субъективных критериев, некритичность мышления, резонерство, разноплановость, соскальзывания на случайные ассоциации и суждения, использование вычурных или усложненных речевых высказываний, искаженное толкование условного смысла, колебания внимания. Описываемые нарушения являются в первую очередь отражением «разрыхления ассоциаций» по Блейлеру и отражают нарушения мышления в тех ситуациях, когда выраженной дезорганизации речи может и не быть,

т.е. вне периодов острого психоза и в продромальном периоде до развития психоза.

Для выявления вышеуказанных феноменов существуют специфические инструменты, в том числе на русском языке [2]. В свою очередь, выделение шизофренического патопсихологического симптомокомплекса является уникальным наследием советской психиатрической школы и позволяет объективизировать нарушения мышления, характерные для шизофрении.

Выделение групп клинического риска развития психоза с учетом вышеуказанных симптомов позволяет предсказать развитие психоза примерно у 30% лиц на протяжении ближайших трех лет. Так, по данным мета-анализа P. Fusar-Poli et al. (2012), независимо от используемых диагностических подходов, психоз развивался у 18% пациентов спустя 6 месяцев после идентификации состояния как клинически высокий риск, у 22% через один год, у 29% через 2 года и у 36% спустя 3 года [20]. При этом примерно в 70% случаев развивались психозы шизофренического спектра.

Переход из состояния «клинического риска» в развернутый психоз происходит далеко не в 100% случаев. Проблема «ложно положительных» состояний клинического риска развития психоза крайне значима в связи с возможностью стигматизации, назначения лечения лицам, которые и так не «заболеют». На первый взгляд предикторная значимость предлагаемых критериев может показаться не очень большой. Однако если принять во внимание пример из соматической медицины, то при предиабете (нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе) происходит развитие сахарного диабета в 5-10% случаев за год [19]. В то же время профилактические вмешательства, проводимые при предиабете, способны привести к снижению вероятности развития заболевания, а выделение предиабета как диагноза считается обоснованным. В психиатрии подобным аналогом может быть выделение легкой когнитивной дисфункции (mild cognitive impairment), при которой деменция на протяжении года развивается в 4-25% случаев [17]. Среди лиц с клинически высоким риском развития психоза, у кого психоз в дальнейшем не развился, выше риски депрессии и дистимии на протяжении жизни [26].

В 5-ю версию диагностической и статистической классификации психических и поведенческих расстройств (DSM-V), принятую в мае 2013 г., в раздел 3 («Требуется дальнейшего изучения») вклю-

чен новый потенциальный диагноз – **Синдром ослабленного психоза** (Attenuated Psychosis Syndrome). Синдром ослабленного психоза представляет собой состояние высокого клинического риска развития психоза с присутствием ослабленных психотических симптомов.

Выявление лиц на стадии продрома может быть полезным при проведении военно-врачебной экспертизы, профессиональном отборе. Смещение диагностики шизофрении на более ранние стадии, еще до манифестации развернутого психоза, может дать возможность предпринимать вмешательства до того, как психосоциальный дефицит достигнет клинически значимого уровня.

Вмешательства, предпринимаемые на продромальном этапе шизофрении, нельзя в полной мере назвать лечением, так как цель их состоит в предотвращении развития болезни. В то же время лица, соответствующие критериям риска развития психоза, часто уже могут считаться клинически «больными», так как имеют психические нарушения, в том числе субпсихотические симптомы. У них развивается когнитивный дефицит, снижается субъективное качество жизни, нарушается социальное и профессиональное функционирование. Они часто обращаются за помощью с жалобами на депрессию, нарушения сна, тревогу, навязчивость и др.

С вероятностным характером развития психоза связана этическая дилемма при использовании различных вмешательств. С одной стороны, можно предполагать, что чем раньше начато лечение, в том числе, возможно, и на продромальной стадии заболевания, тем выше его результативность. С другой стороны, применение фармакологических препаратов, например антипсихотиков, сопряжено с риском побочных эффектов (экстрапирамидные симптомы, гиперпролактинемия, нарушение толерантности к глюкозе и др.) у людей, у которых клинически выраженный психоз, возможно, и не разовьется.

Среди используемых в настоящее время вмешательств при синдроме риска первого психоза можно выделить два основных направления – медикаментозное и психотерапевтическое/психосоциальное.

Учитывая, что **антипсихотики** являются основными препаратами в лечении шизофрении, логично предположить, что именно эти препараты следует использовать для фармакотерапии продромальных состояний. Среди антипсихотиков предпочтение отдается

антипсихотикам второго поколения в связи с более благоприятным профилем побочных эффектов. Препараты, как правило, назначаются в дозировках ниже таковых при лечении психотических состояний. Имеются данные о применении рисперидона, оланзапина, амисульприда, арипипразола [21]. Все эти исследования, как правило, показывают уменьшение выраженности продуктивных, негативных и депрессивных симптомов, улучшение уровня социального функционирования при приеме антипсихотиков.

Ряд исследований подтверждает также эффективность **антидепрессантов** у пациентов группы риска развития психоза. Использовались в основном антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, циталопрам, флувоксамин, эсциталопрам и др.). В одном исследовании из 20 «продромальных» пациентов, которым назначались антидепрессанты, за 2 года ни у кого не развился психоз, тогда как в группе, принимавших антипсихотики, у 42,9% развилось психотическое расстройство [6]. Другие авторы указывают на то, что психоз на протяжении двух лет развился у 7,7% принимавших антидепрессанты по сравнению с 28,6% принимавших антипсихотики [11]. Учитывая тот факт, что эти исследования были открытыми (нерандомизированными), такие отличия могут быть связаны с особенностями назначения препаратов: пациентам с более выраженной дезорганизацией мышления чаще назначались антипсихотики, эти же пациенты, по всей видимости, имели большую вероятность развития психоза [25]. С другой стороны, возможно, что антидепрессанты через улучшение настроения и индукцию более адаптивной реакции на внешние стрессоры снижают вероятность развития психоза [21].

Еще одним перспективным направлением предупреждения развития психоза является применение **нейропротекторов**. Шизофрения представляет собой заболевание, связанное с нарушением развития головного мозга, хотя и не является классическим нейродегенеративным заболеванием. Большинство структурных и функциональных изменений в центральной нервной системе при шизофрении возникают, как правило, еще до первого психотического эпизода и в дальнейшем нарастают незначительно. Теоретически, если бы мы могли на ранних стадиях предотвратить этот патологический процесс в мозге, то, возможно, и смогли бы предотвратить развитие заболевания. Проведенные недавно по этой про-

блеме исследования показали эффективность применения омега-3 жирных кислот («рыбий жир») у «продромальных» пациентов. Так, в исследовании Amminger с соавт. (2010) в группе принимавших полиненасыщенные жирные кислоты в дозе 1,2 г в сутки на протяжении 12 недель переход в развернутый психоз за 12 месяцев произошел у 2 из 41 пациента (4,8%), а в плацебо группе у 11 из 40 пациентов (27,5%) [14]. Эффект полиненасыщенных жирных кислот (не синтезирующихся в организме, поступающих только извне) связан с тем, что они являются составным компонентом фосфолипидов нейрональных мембран, обладают прямым эффектом на миграцию нейронов, синаптическую пластичность, снижают оксидантный стресс. В настоящее время продолжают исследования с целью оценить эффективность приема полиненасыщенных жирных кислот в 5-летней перспективе [12]. Также многообещающей является возможность применения средств, улучшающих когнитивные функции посредством влияния на глутаматергическую систему мозга посредством NMDA (N-метил-D-аспартат) рецепторов (бензоат, глицин, N-ацетил-цистеин, D-циклосерин, миноциклин) у пациентов с высоким риском развития психоза.

Эффективность психологических вмешательств у «продромальных» пациентов в настоящее время активно изучается. В отличие от клинически выраженного психоза в этой ситуации могут применяться изолированные психологические интервенции, а не обязательно как дополнение к медикаментозной терапии. Morrison с соавт. в 2004 г. опубликовали первые данные об эффективности когнитивной терапии у лиц с клинически высоким риском развития психоза [8]. Также используются тренинг социальных навыков, психообразование в мультисемейных группах, однако эффективность данных вмешательств требует дальнейшей оценки.

Отсутствие единых диагностических критериев для выявления продромальной стадии шизофрении, большой процент ложноположительных оценок приводят к осторожности в рекомендациях национальных психиатрических ассоциаций по ведению подобных пациентов, особенно в назначении антипсихотиков. Психиатрические ассоциации дают различные рекомендации по курации таких клинических наблюдений (табл. 2) [24], подчеркивая необходимость использования максимально безопасных вмешательств, тщательного мониторинга для выявления этапа перехода в психоз и своевременной терапии.

Таблица 2. Руководство по ведению пациентов с клинически высоким риском развития психоза

Организация	Рекомендации
Американская психиатрическая ассоциация (Lehman et al., 2004)	«Тщательная оценка и внимательный мониторинг».
Канадская психиатрическая ассоциация (Addington et al., 2005) «Может быть предложена поддерживающая терапия и симптоматическое лечение»	«Необходим мониторинг».
Международная ассоциация раннего психоза (Int. Early Psychos. Assoc. Writ. Group, 2005)	«Антипсихотические препараты обычно не показаны», за исключением случаев «внезапного ухудшения», «выраженного суицидального риска, если лечение депрессии оказалось неэффективным» или «агрессивность и враждебность нарастают и представляют опасность для окружающих». «Если антипсихотики назначаются, то могут приниматься» до двух лет, а затем «необходимо предпринять попытку отмены лекарств».
Королевский колледж психиатров Австралии и Новой Зеландии (McGorry, 2005)	«Антипсихотические препараты обычно не назначаются», за исключением ситуаций, когда «симптомы напрямую ассоциированы с риском самоповреждения или агрессии».
Национальный институт здоровья Италии (De Masi et al. 2008)	«Использование антипсихотиков» является «сомнительным»; рекомендуется поведенческая когнитивная терапия.
Немецкая ассоциация психиатрии, психотерапии и неврологии (DGPPN, 2006)	«Непрерывное внимание и наблюдение. Если значимые симптомы достигают уровня расстройства, то когнитивно-бихевиоральная терапия и социотерапия должны быть предложены. Если проявляются психотические симптомы, необходимо назначение антипсихотиков».

Таким образом, выделение состояний клинически высокого риска развития психоза целесообразно, так как позволит проводить вмешательства по предупреждению развития таких тяжелых расстройств, как шизофрения и другие психозы. Даже наблюдение за этими пациентами, мониторинг состояния и раннее выявление

развившегося заболевания будут способствовать сокращению продолжительности нелеченого психоза и улучшению исходов болезни. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения диагностических критериев с увеличением их прогностической точности, что позволит решить этическую дилемму в отношении обоснованности фармакологического лечения на ранних этапах болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М.; Л.: Биомедгиз, 1935. 750 с.
2. Инструмент по оценке предрасположенности к шизофрении (SPI-A). Взрослая версия (SPI-A) / Ф. Шультце-Лютер и др.; пер. М. Скугаревская, А. Элисон // ISBN E-book: 9788895930572.
3. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / АМН СССР. М.: Медицина, 1987. 240 с.
4. Шизофрения, мультидисциплинарное исследование / А.В. Снежневский и др.; под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1972. 400 с.
5. McGorry P.D., Yung A.R., Bechdolf A., Amminger P. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychiatric disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2008, vol. 65, pp. 25–27. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2007.9.
6. Cornblatt B.A., Lencz T., Smith C.W., Olsen R., Auther A.M., Nakayama E., Lesser M.L., Tai J.Y., Shah M.R., Foley C.A., Kane J.M., Correll C.U. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J. Clin. Psychiatry*, 2007, vol. 68(4), pp. 546–547.
7. Drake R.J., Haley C.J., Akhtar S., Lewis S.W. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 177, pp. 511–515.
8. Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J, Parker S., Bentall R.P. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 185, pp. 291–297.
9. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M., Mayerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1992, vol. 149, pp. 1183–1188.
10. McGorry P.D., Edwards J., Mihalopoulos C., Harrigan S.M., Jackson H.J. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.*, 1996, vol. 22, no. 2, pp. 305–326.
11. Fusar-Poli P., Valmaggia L., McGuire P. Can antidepressants prevent psychosis? *Lancet*, 2007, vol. 370, pp. 1746–1748.
12. Papageorgiou K. et al. Indicated prevention with Omega-3 fatty acids in young people with «at-risk-mental-state» for psychosis: design of a 5-year follow-up. *European Archives of Psychiatry; Clinical Neuroscience*, 2011, vol. 261, suppl. 1, pp. 55–56.
13. Johnstone E.C., Cosway R., Lawrie S.M. Distinguishing characteristics of subject with good and poor early outcome in the Edinburg High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 181, pp. 26–29.

14. Amminger G.P., Schäfer M.R., Papageorgiou K., Klier C.M., Cotton S.M., Harrigan S.M., Mackinnon A., McGorry P.D., Berger G.E. Long-Chain Omega-3 Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2010, vol. 67(2), pp. 146–154.
15. Mayer-Gross W. Die Klinik der Schizophrenie. In: Bumke O., ed. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Berlin, Springer, 1932.
16. McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R., Pantelis C., Jackson H.J. Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2006, vol. 40, pp. 616–622.
17. Gauthier S., Reisberg B., Zaudig M., Petersen R.C., Ritchie K., Broich K., Belleville S., Brodaty H., Bennett D., Chertkow H., Cummings J.L., de Leon M., Feldman H., Ganguli M., Hampel H., Scheltens P., Tierney M.C., Whitehouse P., Winblad B. Mild cognitive impairment. *Lancet*, 2006, vol. 367(9518), pp. 1262–1270.
18. Wood S.J., Yung A.R., McGorry P.D., Pantelis C. Neuroimaging and treatment evidence for clinical staging in psychotic disorders: from the at risk mental state to chronic schizophrenia. *Biol. Psychiatry*, 2011, vol. 70, pp. 619–625.
19. Tabák A.G., Herder C., Rathmann W., Brunner E.J., Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet*, 2012, vol. 379(9833), pp. 2279–2290.
20. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A.R., Borgwardt S., Kempton M.J., Valmaggia L., Barale F., Caverzasi E., McGuire P. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2012, vol. 69(3), pp. 220–229.
21. Preti A., Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research*, 2010, vol. 123, pp. 30–36.
22. Schultze-Lutter F., Addington J., Ruhrmann S., Schizophrenia Prediction Instrument, Adult version (SPI-A). Rome, Giovanni Fioriti s.r.l., 2007, 97 p.
23. Schultze-Lutter F., Ruhrmann S. Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. UNI-MED Verlag AG, 2008, p. 14.
24. Fusar-Poli P., Borgwardt S., Bechdolf A., Addington J., Riecher-Rössler A. et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the art review. *JAMA Psychiatry*, 2013, vol. 70(1), pp. 107–120.
25. Walker E.F., Cornblatt B.A., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O. et al. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: a naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal Sample. *Schizophr Research*, 2009, vol. 115(1), pp. 50–57.
26. Woods S.W., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B.A., Heinsen R., Perkins D.O. et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, vol. 35, pp. 894–908.

REFERENCES

1. Gilyarovskii V.A. *Psikhiatriya. Rukovodstvo dlya vrachei i studentov* [Psychiatry: handbook for clinicians and medicine students]. Moscow; Leningrad, Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoi i meditsinskoi literatury, 1935, p. 314.

2. Schultze-Lutter F., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia. Giovanni Fioriti Editore, 2008, 102 p. (Russ. ed.: Shult'tse-Lyuter F., Addington D., Rurman S., Klosterketter I. Instrument po otsenke predraspolzhenosti k shizofrenii (SPI-A). Vzroselaya versiya (SPI-A) / Translated by M. Skugarevskaya, A. Elison. ISBN 9788895930572 [EBook]).
3. Smulevich A.B. *Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya* [Continuous sluggish schizophrenia and borderline disorders]. Moscow, Meditsina Publ., 1987, 240 p.
4. Snezhnevskii A.V. et al. *Shizofreniya, mul'tidistsiplinarnoe issledovanie* [Schizophrenia: multidisciplinary study]. Moscow, Meditsina Publ., 1972, 400 p.
5. McGorry P.D., Yung A.R., Bechdolf A., Amminger P. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychiatric disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2008, vol. 65, pp. 25–27. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2007.9.
6. Cornblatt B.A., Lencz T., Smith C.W., Olsen R., Auther A.M., Nakayama E., Lesser M.L., Tai J.Y., Shah M.R., Foley C.A., Kane J.M., Correll C.U. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J. Clin. Psychiatry*, 2007, vol. 68(4), pp. 546–547.
7. Drake R.J., Haley C.J., Akhtar S., Lewis S.W. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 177, pp. 511–515.
8. Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J, Parker S., Bentall R.P. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 185, pp. 291–297.
9. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M., Mayerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1992, vol. 149, pp. 1183–1188.
10. McGorry P.D., Edwards J., Mihalopoulos C., Harrigan S.M., Jackson H.J. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.*, 1996, vol. 22, no. 2, pp. 305–326.
11. Fusar-Poli P., Valmaggia L., McGuire P. Can antidepressants prevent psychosis? *Lancet*, 2007, vol. 370, pp. 1746–1748.
12. Papageorgiou K. et al. Indicated prevention with Omega-3 fatty acids in young people with «at-risk-mental-state» for psychosis: design of a 5-year follow-up. *European Archives of Psychiatry; Clinical Neuroscience*, 2011, vol. 261, suppl. 1, pp. 55–56.
13. Johnstone E.C., Cosway R., Lawrie S.M. Distinguishing characteristics of subject with good and poor early outcome in the Edinburg High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 181, pp. 26–29.
14. Amminger G.P., Schäfer M.R., Papageorgiou K., Klier C.M., Cotton S.M., Harrigan S.M., Mackinnon A., McGorry P.D., Berger G.E. Long-Chain Omega-3 Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2010, vol. 67(2), pp. 146–154.
15. Mayer-Gross W. Die Klinik der Schizophrenie. In: Bumke O., ed. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Berlin, Springer, 1932.
16. McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R., Pantelis C., Jackson H.J. Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2006, vol. 40, pp. 616–622.

17. Gauthier S., Reisberg B., Zaudig M., Petersen R.C., Ritchie K., Broich K., Belleville S., Brodaty H., Bennett D., Chertkow H., Cummings J.L., de Leon M., Feldman H., Ganguli M., Hampel H., Scheltens P., Tierney M.C., Whitehouse P., Winblad B. Mild cognitive impairment. *Lancet*, 2006, vol. 367(9518), pp. 1262–1270.
18. Wood S.J., Yung A.R., McGorry P.D., Pantelis C. Neuroimaging and treatment evidence for clinical staging in psychotic disorders: from the at risk mental state to chronic schizophrenia. *Biol. Psychiatry*, 2011, vol. 70, pp. 619–625.
19. Tabák A.G., Herder C., Rathmann W., Brunner E.J., Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet*, 2012, vol. 379 (9833), pp. 2279–2290.
20. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A.R., Borgwardt S., Kempton M.J., Valmaggia L., Barale F., Caverzasi E., McGuire P. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2012, vol. 69(3), pp. 220–229.
21. Preti A., Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research*, 2010, vol. 123, pp. 30–36.
22. Schultze-Lutter F., Addington J., Ruhrmann S., Schizophrenia Prediction Instrument, Adult version (SPI-A). Rome, Giovanni Fioriti s.r.l., 2007, 97 p.
23. Schultze-Lutter F., Ruhrmann S. Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. UNI-MED Verlag AG, 2008, p. 14.
24. Fusar-Poli P., Borgwardt S., Bechdolf A., Addington J., Riecher-Rössler A. et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the art review. *JAMA Psychiatry*, 2013, vol. 70(1), pp. 107–120.
25. Walker E.F., Cornblatt B.A., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O. et al. The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: a naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal Sample. *Schizophr Research*, 2009, vol. 115(1), pp. 50–57.
26. Woods S.W., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B.A., Heinsen R., Perkins D.O. et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, vol. 35, pp. 894–908.

Скугаревский О.А., Скугаревская М.М. Возможности ранней диагностики и профилактики психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 10–25.

Аннотация. Шизофренические психозы, как правило, начинаются в молодом возрасте и часто драматически сказываются на последующей судьбе пациентов и их близких. Одним из способов минимизации ущерба, наносимого шизофренией, улучшения исходов этого заболевания являются максимально ранняя диагностика и начало лечения. Согласно стадийной модели шизофрении выделяют ранние стадии болезни: пресимптоматический риск и преепсихотический продром. Множество исследований, проводимых в мире по проблеме ранних этапов шизофрении, сфокусированы именно на стадии продрома как наиболее перспективной для

ранней клинической диагностики. Продромальный период обычно длится от двух до пяти лет и характеризуется когнитивными, поведенческими, социальными нарушениями, негативными и субклиническими позитивными симптомами. С уверенностью сказать, что это продром шизофрении, можно только ретроспективно после появления полной симптоматики заболевания. В проспективных исследованиях, когда не ясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используются термины «синдром риска первого психоза», «состояние риска развития психоза» и др.

В статье изложены современные подходы к диагностике шизофрении на продромальных этапах. Выделение групп клинического риска развития психоза позволяет предсказать развитие психоза примерно у 30% лиц на протяжении ближайших трех лет. При этом примерно в 70% случаев развиваются психозы шизофренического спектра. Вмешательства, предпринимаемые на продромальном этапе шизофрении, нельзя в полной мере назвать лечением, так как цель их состоит в предотвращении развития болезни. В то же время лица, соответствующие критериям риска развития психоза, часто уже могут считаться клинически «большими», так как имеют психические нарушения, в том числе субпсихотические симптомы. В статье приведены данные о возможных медикаментозных и психотерапевтических вмешательствах, применение которых оправдано для предупреждения развития первого психотического эпизода.

Ключевые слова: шизофрения, продром, риск развития психоза, профилактика.

Информация об авторах:

Скугаревский Олег Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет». Белоруссия, 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83. Тел. +375 17 289 80 20. skugarevsky@tut.by.

Скугаревская Марина Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая психиатрическим отделением ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Белоруссия, 220053, Минск, Долгиновский тракт, 152. Тел. +375 17 289 81 22. marims303@gmail.com.

Skugarevsky O.A., Skugarevskaya M.M. Vozmozhnosti rannei diagnostiki i profilaktiki psikhozov [Possibility of early detection and prevention of psychosis] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 10–25.

Abstract. Schizophrenic psychoses, as a rule, develop at a young age and often influence the life of patients and their families. Maximal early detection and treatment of schizophrenia is one of the ways of minimizing the damage caused by the disease and also of increasing a possibility of its favorable outcome. According to schizophrenia phasic model, there distinguished early stages: pre-

symptomatic risk and prepsychotic prodrome. The majority of the world research of schizophrenia early stages is exactly centered at the prodrome stage as the most favorable stage for early clinical detection. The prodromal period usually lasts from two to five years, and it is characterized by cognitive, behavioral, social disorders, negative and subclinical positive symptoms. Certain detection of the schizophrenia prodrome is possible only in retrospect following full symptomatology of the disease. In prospective investigation, when it is not clear whether the patient will be developing a psychosis, scientists use such terms as «first psychosis risk syndrome», «state of psychosis development risk» and others.

The paper presents up-to-date approaches to detecting schizophrenia at the prodromal stage. Distinguishing groups of patients that risk developing psychosis allows prognosticating about 30% of them developing psychoses within three years. Besides, about 70% of them will be schizophrenic spectrum psychoses. Interference at the prodromal stage can hardly be considered as treatment in its full sense, as its primary goal is to prevent the development of this disease. At the same time, patients meeting the psychosis development risk criteria can often be regarded among the clinical patients due to having mental disorders, including subpsychotic symptoms. The paper provides information on possible ways of medicamental and psychotherapeutic interference that can be justified in preventing the development of first psychotic episode.

Keywords: schizophrenia, prodrome, risk of psychosis development, prevention.

Information about authors:

Skugarevsky Oleg, M.D., Professor, Head of Psychiatry and Medical Psychology Department, Belorussian State Medical University. Belorussia, 220116, Minsk, pr. Dzerzhinskogo, 83. Тел. +375 17 289 80 20. skugarevsky@tut.by.

Skugarevskaya Marina, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Psychiatry Department, Republican Mental Health Research and Practice Center. Belorussia, 220053, Minsk, Dolghinovsky Trakt, 152. Тел. +375 17 289 81 22. marims303@gmail.com.

Поступила: 14.05.2015

Received: 14.05.2015

УДК 355.58-057:159.91:61-003.96
ББК Ю983-69

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У СОТРУДНИКОВ МЧС РОССИИ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ КРЕАТИВНОСТИ

А.А. Земскова¹, Н.А. Кравцова²

¹ *Дальневосточная пожарно-спасательная академия – филиал
Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России, Владивосток, Россия*

² *Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия*

В последнее время в нашей жизни все больше возникает экстремальных ситуаций экологического, техногенного, социального характера, которые оказывают отрицательное влияние на здоровье, угрожают жизни, благополучию и личностной целостности [32]. Профессиональная деятельность пожарных и спасателей МЧС России сопряжена с длительным и интенсивным воздействием экстремальных факторов. Работа сопровождается зачастую негативными эмоциями, физическим и психическим перенапряжением. Специалисты экстремального профиля больше всего подвержены воздействию психологического стресса [14, 26].

По данным А.Г. Billings, Р.Н. Моос (1984), Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского (1993), Р.М. Грановской (1998), И.Б. Лебедева (2002), адаптация либо дезадаптация личности зависит от наличного репертуара стратегий совладающего поведения для преодоления стресс-факторов [5, 29, 30, 35].

Эффективность профессиональной деятельности сотрудников МЧС России заключается в быстром и точном выполнении приказов, умении своевременно применять специальные профессиональные знания и навыки и в конечном счете быстром принятии адекватного решения [11, 15]. Сформированность стратегий совладающего поведения и их применение сотрудниками МЧС России в стандартных и нестандартных ситуациях определяют успешность профессиональной деятельности специалистов экстремального профиля [9, 15, 21].

В отечественной психологии изучением совладающего поведения в стрессе и его роли в формировании успешной адаптации занимались Ф.Е. Василюк (1984), Л.И. Анцыферова (1995), А.В. Либина

(1995), Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян (1994), Б.Д. Карвасарский (1999), Н.А. Сирота (1994), В.М. Ялтонский (1995) [1, 2, 7, 17, 19, 20, 31].

В последнее десятилетие проводилось много исследований стратегий совладающего поведения сотрудников МЧС России. И.Б. Лебедев (2002), А.В. Бухвостов (2004), С.В. Шкилев (2012) особое внимание уделяли изучению выбора копинг-стратегий поведения сотрудниками МЧС России, степени «адаптивности» различных копинг-стратегий (положительно и отрицательно влияющих на адаптацию к экстремальным ситуациям) [6, 18]. Е.Н. Ашанина (2011), Е.Н. Матыцина (2013) исследовали особенности и значимость ведущих личностно-средовых ресурсов (Я-концепции, локус контроля, феномена социальной поддержки, аффилиации, эмпатии), социально-психологических, индивидуально-типологических качеств в детерминации различных типов копинг-поведения [3, 4, 22]. С.В. Заяц, В.И. Филипович (2013) рассматривали влияние жизнестойкости на профиль копинг-стратегий [10]. А.С. Попович и Н.В. Маркина (2013) рассматривали копинг-поведение во взаимосвязи с типом направленности агрессии сотрудников в ситуации фрустрации [23, 24]. Е.В. Ковтун (2013) исследовал связь совладающего поведения с саморегуляцией произвольной активности, а А.В. Бухвостов (2004) определял эффективность деятельности сотрудников МЧС России при выполнении экстремальных задач в связи с совладающим поведением [6, 16]. Согласно результатам исследований А.А. Травиной (2009), Т.Е. Илюшиной (2011), креативные способности сотрудников МЧС России определяют успешную профессиональную деятельность и выполнение поставленных задач [12, 32]. Креативность как фактор развития стратегий совладающего поведения у сотрудников МЧС России в современной психологии профессиональной деятельности мало изучена.

Новизна и непривычность экстремальных ситуаций, которыми наполнена профессиональная деятельность пожарного и спасателя МЧС России, требуют от специалиста нестандартного подхода к решению профессиональных задач, что связано с гибкостью мышления и креативностью личности. Актуальность исследования стратегий совладающего поведения в связи с уровнем креативности обусловлена необходимостью повышения успешности профессиональной деятельности специалистов МЧС России в экстремальных условиях.

С **целью** определить копинг-стратегии в условиях профессиональной деятельности у сотрудников МЧС России с разным уровнем креативности было проведено эмпирическое исследование.

Материал и методы исследования

Выборка состоит из 103 сотрудников МЧС России, из которых 12 начальников караула со стажем работы от 3 до 15 лет, 42 пожарных со стажем работы от 0,5 и более 15 лет и 49 курсантов I курса, инженеров пожарной безопасности в возрасте от 17 до 20 лет. Использовались методики: копинг-тест Р. Лазаруса, тест преодоления трудных жизненных ситуаций Эрдмана и Янке (ПТЖС) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, методика изучения копинг-механизмов Э. Хэйма (адаптация Л.И. Вассермана), метод невербальной креативности Торренса (адаптация А.Н. Воронина) [8, 36]. Дополнительно для определения оригинальности личности использована методика чернильных пятен Г. Роршаха [26].

Результаты и обсуждение

На первом этапе эмпирического исследования производили оценку копинг-стратегий, используемых сотрудниками МЧС России и курсантами Академии МЧС. Анализ результатов копинг-теста Р. Лазаруса показал, что наиболее популярной во всех группах выборки является стратегия «планирование решения проблемы». Данная стратегия характеризует адаптивное поведение личности, которая способствует конструктивному решению трудностей. Начальники караулов в общем количестве – 5 человек, пожарные – 29 человек, курсанты – 29 человек предпочитают стратегию положительной переоценки проблемы или трудной ситуации за счет положительного переосмысления.

Стратегия «дистанцирование» выявлена у 2 пожарных и 3 курсантов. Пожарные и курсанты используют стратегии самоконтроля, поиска социальной поддержки и принятия ответственности, преодолевают негативные переживания за счет подавления и сдерживания эмоций, стремятся достигнуть самообладания, стремятся к эмоциональной поддержке извне за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов. Также пожарные и курсанты проявляют готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Пожарные (5 человек со стажем работы от 0,5 до 3 лет) прибегают к стратегиям совладания «бегство – избегание»: отрицание проблемы, фантазирование, неоправданные ожидания, отвлечения при отсутствии рациональности, недостатке эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении.

Анализ результатов обследования копинг-стратегий по методике Э. Хэйма (адаптация Л.И. Вассермана) показал, что у начальников

караулов, пожарных и курсантов в большинстве преобладают такие продуктивные стратегии совладающего поведения, как оптимизм, сотрудничество и относительно продуктивные стратегии – установка собственной ценности, диссимуляция, проблемный анализ, обоснование смысла, сохранение самообладания.

Эмоциональная стратегия совладающего поведения «оптимизм» преобладает у всех групп обследуемых: офицеров, пожарных и курсантов. У курсантов были выявлены менее адаптивные стратегии совладающего поведения «подавление эмоций» и «пассивная кооперация».

Анализ результатов исследования креативности по методике Э.П. Торренса (адаптация А.Н. Воронина) позволил сформировать подгруппы с высокими (ПГ1), средними (ПГ2) и низкими показателями креативности: оригинальность и уникальность. ПГ1: 3 начальника караула, 7 пожарных и 7 курсантов, ПГ2: 6 начальников караула, 25 пожарных и 41 курсант, ПГ3: 3 начальника караула, 10 пожарных и 1 курсант (табл. 1). Средние показатели оригинальности и уникальности в ПГ1 достоверно выше таковых в ПГ3 ($p \leq 0,01$).

Таблица 1. Показатели оригинальности и уникальности у групп начальников караула, пожарных и курсантов

Показатель	ПГ1 (высокий уровень), <i>n</i> = 17	ПГ2 (средний уровень), <i>n</i> = 72	ПГ 3 (низкий уровень), <i>n</i> = 14
Оригинальность	0,99±0,05	0,92±0,05	0,85±0,05
Уникальность	3±0,33	2±0,37	1±0,47

Большинство обследуемых сотрудников МЧС России имеют средние показатели креативности. Низкие показатели определены у начальников караулов и пожарных. У курсантов отмечается высокий и средний уровень креативности. Сравнивая показатели креативности у начальников караулов, пожарных и курсантов, можно сделать вывод о том, что у курсантов уровень креативности в целом выше, чем у работающих сотрудников ($p \leq 0,01$). Стереотипность мышления более характерна для пожарных, которые мыслят общепринятыми стереотипами и терминами для выражения «здорового смысла» и хорошей социальной приспособляемости. Однако стандартное восприятие действительности, ригидность мышления могут привести к трудностям в принятии решения в нестандартных ситуациях.

Анализ результатов определения уровня оригинальности по методике Г. Роршаха показал, что оригинальные ответы из всей

выборки показали 2 начальника караула, 10 пожарных и 3 курсанта. У остальных обследуемых оригинальные ответы отсутствовали.

Качественный анализ копинг-стратегий у сотрудников МЧС России с разным уровнем креативности показал, что у пожарных и курсантов с высоким уровнем креативности отсутствуют непродуктивные стратегии совладания «дистанцирование» и «бегство – избегание». Для всех пожарных независимо от уровня креативности характерна копинг-стратегия – «планирование решения проблемы». Способность к креативности порождает активный процесс создания новых идей в решении сложных ситуаций, уводит специалиста в сторону от банальных идей, является полной противоположностью шаблонного мышления, ограничивающего выбор при поиске возможных решений и тенденций одинаково подходить к разным проблемам. Креативность делает процесс мышления увлекательным.

Исследование копинг-стратегий пожарных и курсантов по методике Эрдмана и Янке показало, что максимальные показатели у пожарных и курсантов вне зависимости от уровня креативности отмечаются по позитивным стратегиям совладания, направленным на контроль стрессовых ситуаций, а также собственных реакций и способностей для его преодоления. Данные стратегии совладания необходимы в профессиональной деятельности сотрудников МЧС России, так как в экстремальной ситуации им необходимо проанализировать обстановку, быстро спланировать и принять решение по реагированию. Также было выявлено, что и курсанты, и пожарные в будущем стремятся предотвращать подобные стрессовые ситуации, возникающие в их деятельности, либо их избегать. Однако избегание стрессовых ситуаций может негативно сказаться на здоровье специалистов.

Исследование копинг-стратегий по методике Е. Хэйма у специалистов экстремального профиля с разным уровнем креативности показало, что у пожарных МЧС России с высоким уровнем креативности были выявлены когнитивные стратегии совладающего поведения – «диссимуляция», эмоциональные – «оптимизм» и поведенческие – «обращение». У курсантов среди когнитивных стратегий совладания проявились стратегии «сохранения самообладания», «обоснования смысла», «проблемного анализа», эмоциональных – стратегия оптимизма и поведенческих – «конструктивная активность», «отвлечение» и «обращение» (табл. 2).

Таблица 2. Копинг-стратегии у групп начальников караула, пожарных и курсантов с различными уровнями креативности

ПГ1 (высокий уровень), n = 17	ПГ2 (средний уровень), n = 72	ПГ 3 (низкий уровень), n = 14
Общая выборка		
<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, сохранение самообладания, обоснование смысла, проблемный анализ.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> относительность, сохранение самообладания.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> обоснование смысла.
<i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм.		
<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> конструктивная активность, обращение, отвлечение.	<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> сотрудничество, отвлечение.	<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> сотрудничество, отвлечение.
Начальники караулов		
<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, установка собственной ценности, проблемный анализ.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, относительность, сохранение самообладания, обоснование смысла.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, проблемный анализ, сохранение самообладания.
<i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм.		
<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> конструктивная активность, сотрудничество, отвлечение.	<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> сотрудничество, отвлечение, альтруизм, протест.	<i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> сотрудничество, активное избегание.
Пожарные		
<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, проблемный анализ, обоснование смысла.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> относительность, сохранение самообладания, обоснование смысла, установка собственной ценности, проблемный анализ, диссимуляция, смирение.	<i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> относительность, сохранение самообладания, обоснование смысла, диссимуляция.

Окончание таблицы 2

ПГ1 (высокий уровень), n = 17	ПГ2 (средний уровень), n = 72	ПГ 3 (низкий уровень), n = 14
<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм, пассивная кооперация, подавление эмоций.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> отступление, обращение, отвлечение, сотрудничество.</p>	<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм, пассивная кооперация, подавление эмоций.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> отступление, обращение, отвлечение, сотрудничество, конструктивная активность, компенсация, альтруизм, активное избегание.</p>	<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> отвлечение, сотрудничество, альтруизм.</p>
Курсанты		
<p><i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, проблемный анализ, обоснование смысла, сохранение самообладания.</p>	<p><i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> диссимуляция, проблемный анализ, установка собственной ценности, обоснование смысла, сохранение самообладания, смирение, религиозность.</p>	<p><i>Когнитивные копинг-стратегии:</i> обоснование смысла.</p>
<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм, пассивная кооперация, подавление эмоций.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> обращение, отвлечение, конструктивная активность, активное избегание.</p>	<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм, пассивная кооперация, подавление эмоций, самообвинение, покорность.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> сотрудничество, обращение, отвлечение, конструктивная активность, активное избегание, отступление.</p>	<p><i>Эмоциональные копинг-стратегии:</i> оптимизм.</p> <p><i>Поведенческие копинг-стратегии:</i> отвлечение.</p>

Оптимистичный настрой, способность видеть во всем происходящем светлые стороны является ресурсом для благоприятной

адаптации в деятельности специалиста, а также реабилитации после проведения спасательных работ. Для преодоления трудностей в профессиональной деятельности сотрудники МЧС России предпочитают социальную поддержку, обращение за советом к обществу.

У пожарных и курсантов со средним уровнем креативности выявлены когнитивные стратегии совладания – «относительность», «сохранение самообладания», «обоснование смысла»; эмоциональные копинг-стратегии «оптимизма»; поведенческие – «сотрудничества» и «отвлечения». В трудных ситуациях сотрудники контролируют свои эмоции и поведение, стараются понять ситуацию для организации дальнейших действий. Некоторые из специалистов стараются свести к минимуму опасность ситуации, которая может серьезно недооцениваться, а также предпочитают отвлечься от трудностей для достижения эмоционального благополучия. У курсантов наблюдаются негативные копинг-стратегии «активное избегание» и «отступление», которые выражаются в уходе от решения стрессовых ситуаций и изоляции.

У пожарных и курсантов с низким уровнем креативности проявляется когнитивная копинг-стратегия «обоснование смысла», которая характеризуется тем, что трудным ситуациям придается смысл для дальнейшего самосовершенствования, эмоциональные стратегии «оптимизма», поведенческие – «сотрудничества» и «отвлечения». Копинг-стратегия «сотрудничества» характерна для сотрудников МЧС России вне зависимости от уровня креативности, так как особенность профессиональной деятельности их в том, чтобы работать в команде для оказания помощи населению, оказавшемуся в трудных, экстремальных ситуациях (табл. 3).

Статистический анализ результатов эмпирического исследования взаимосвязи стратегий совладающего поведения личности и уровня креативности у сотрудников МЧС России позволил сделать вывод о том, что существует связь между высоким уровнем креативности и копинг-стратегиями. Стратегия совладающего поведения «поиск социальной поддержки» коррелирует с высоким уровнем креативности – 0,610 при $p \leq 0,01$ по методике Р. Лазаруса и 0,516 при $p \leq 0,05$ по методике Эрдмана и Янке. Также имеет взаимосвязь с креативностью стратегия «планирование решения проблемы» – 0,706 при $p \leq 0,01$ по методике Р. Лазаруса и «контроль над ситуацией» – 0,503 при $p \leq 0,05$ по методике Эрдмана и Янке.

Таблица 3. Стратегии совладающего поведения у сотрудников МЧС России с различными уровнями креативности (по методике Э. Хэйма)

Уровень креативности	Пожарные	Курсанты
Низкий	<i>Обоснование смысла</i>	<i>Обоснование смысла</i>
	<i>Оптимизм</i>	<i>Оптимизм</i>
Средний	<i>Сотрудничество</i>	<i>Сотрудничество</i>
	<i>Относительность, сохранение самообладания</i>	<i>Относительность, сохранение самообладания</i>
	<i>Оптимизм</i>	<i>Оптимизм</i>
	<i>Сотрудничество, отвлечение</i>	<i>Отвлечение</i>
Высокий	<i>Диссимуляция</i>	<i>Сохранение самообладания, обоснование смысла, проблемный анализ</i>
	<i>Оптимизм</i>	<i>Оптимизм</i>
	<i>Обращение</i>	<i>Конструктивная активность, отвлечение, обращение</i>

У пожарных и курсантов с высоким и низким уровнями креативности выявлены различные стратегии совладающего поведения. Уровень различий в выборе стратегий у пожарных и курсантов с различными уровнями креативности представлен в табл. 4.

Таблица 4. Различие копинг-стратегии у сотрудников МЧС России и курсантов с высоким и низким уровнями креативности

№ п/п	Копинг-стратегии по методике Р. Лазаруса	Уэмп
1	Конфронтационный копинг	72,5 ($p \leq 0,05$)
2	Дистанцирование	64,5 ($p \leq 0,05$)
3	Самоконтроль	74,5 ($p \leq 0,05$)
4	Поиск социальной поддержки	77,5
5	Принятие ответственности	71,5 ($p \leq 0,05$)
	Бегство – избегание	117,5
6	Планирование решения проблемы	104
7	Положительная переоценка	117,5

Как видно из представленных в табл. 2 данных, у сотрудников МЧС России с различным уровнем креативности имеются достоверные различия в использовании таких стратегий совладания, как «конфронтационный копинг», «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности». Стратегии отличаются у пожарных и курсантов, имеющих среднюю креативность: «конфронтационный копинг» $U_{эмп} = 425$ при $p \leq 0,05$. Также были определены различия между копинг-стратегиями: «самооправдание» $U_{эмп} = 454,5$ при $p \leq 0,05$, «замещение» $U_{эмп} = 411,5$ при $p \leq 0,01$, «антиципирующее избегание» $U_{эмп} = 457,5$ при $p \leq 0,05$, «агрессия» $U_{эмп} = 457$ при $p \leq 0,05$, «прием лекарств» $U_{эмп} = 371,5$ при $p \leq 0,01$.

У курсантов и пожарных с высоким уровнем креативности выявлены достоверные различия по таким копинг-стратегиям, как «планирование решения проблемы» $U_{эмп} = 16$ при $p \leq 0,05$ и «поиск социальной поддержки» $U_{эмп} = 14,5$ при $p \leq 0,05$. У начальников караулов и пожарных в большей степени проявляются стратегии «планирование решения проблемы» и «поиск социальной поддержки», в то время как у курсантов преобладает стратегия «самоконтроль» в стрессовых ситуациях.

Выводы

Анализ связи между копинг-стратегиями и креативностью показал, что начальники караулов и пожарные с высоким уровнем креативности используют стратегии совладания: «диссимуляция»; «оптимизм»; «обращение», «конфронтационный копинг» ($P < 0,05$). Непродуктивные стратегии совладания: «дистанцирование» и «бегство – избегание» у этих сотрудников отсутствуют. Курсанты с высоким уровнем креативности используют стратегии: «сохранение самообладания», «обоснование смысла», «проблемный анализ»; «оптимизм», «конструктивная активность», «отвлечение» и «обращение». Копинг-стратегия «планирование решения проблемы», преобладающая у сотрудников МЧС России, является результатом научения и опыта профессиональной деятельности. У курсантов также выявлена стратегия совладания «планирование решения проблемы», однако это не связано с профессиональным опытом. При этом у них определена такая стратегия совладания, как «самоконтроль», что может говорить о правильно сделанном профессиональном выборе курсантов.

При среднем уровне креативности у сотрудников МЧС России и курсантов определены такие копинг-стратегии, как «относительность», «сохранение самообладания», «обоснование смысла»;

эмоциональные – «оптимизм», «сотрудничество» и «отвлечение». Пожарные и курсанты с высоким и средним уровнями креативности используют стратегии «самоконтроль» и «принятие ответственности» ($P < 0,05$). У курсантов со средним уровнем креативности выявлены негативные копинг-стратегии «активное избегание» и «отступление», которые выражаются в уходе от решения стрессовых ситуаций и изоляции в силу отсутствия профессионального опыта и неготовности на данном этапе обучения действовать в стрессовых ситуациях. Низкий уровень креативности у пожарных и курсантов сопряжен с копинг-стратегиями «обоснование смысла», «оптимизм», «сотрудничество» и «отвлечение».

Таким образом, креативность может являться психологическим фактором, повышающим вариативность в выборе стратегий в экстремальных условиях профессиональной деятельности. Полученные результаты могут быть использованы в разработке программы развития креативных способностей у курсантов, обучающихся пожарному и спасательному делу, и специалистов МЧС России. Материалы исследования могут оказать помощь в профессиональной подготовке курсантов преподавателями Академии МЧС России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–19.
2. Анцыферова Л.И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности // Психологический журнал. 1980. № 2. С. 52–60.
3. Ашанина Е.Н., Рыбников В.Ю., Психологические механизмы копинг-поведения специалистов экстремальных профессий // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2009. № 2(37). С. 46–50.
4. Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России: концепция, модель, технологии: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2011. 38 с.
5. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006. 492 с.
6. Бухвостов А.В. Психологические особенности копинг-поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
7. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
8. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
9. Гемшлиев Ф.К. Психологические модели и технология интегративной оценки копинг поведения специалистов экстремального профиля: дис. ... канд. психол. наук. СПб.: С.-Петербург. гос. ун-т ГПС МЧС России, 2014. 159 с.

10. Заяц С.В., Филиппович В.И. Взаимосвязь жизнестойкости и копинг-стратегий у сотрудников МЧС // *Материалы 3-й междунар. науч.-практ. конф. Кострома*, 2013. 94 с.
11. Земскова А.А., Кравцова Н.А. Личностные особенности пожарных ГПС МЧС России // *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Р.В. Кадырова. Владивосток: ГОУ ВПО «Морской государственный университет», 2013. 316 с.*
12. Илюшина Т.Е. Средства и методы развития коммуникативных способностей в процессе профессиональной подготовки сотрудников ГПС МЧС России: автореф. на дис. ... канд. пед. наук. СПб., 2011. 21 с.
13. Ильин Е.П. Психология творчества, креативности, одаренности. СПб.: Питер, 2009. 434 с.
14. Кадыров Р.В., Кравцова Н.А. Особенности отношения ко времени профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // *Сибирский психологический журнал*. 2009. № 32. С. 11–17.
15. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983. 368 с.
16. Ковтун Е.В. Совладание со стрессом и саморегуляция в экстремальных условиях деятельности // *Материалы 3-й междунар. науч.-практ. конф. Кострома*, 2013. 240 с.
17. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с.
18. Лебедев И.Б. Психологические основы стресспреодолевающего поведения сотрудников ОВД. М., 2001.
19. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. Сер. Психологическое образование. М.: Эксмо, 2008. 400 с.
20. Либина А.В. Изучение стилей совладания человека со сложными жизненными ситуациями с позиций интерактивного подхода // *Мир индивидуальности*. Смоленск, 1995. 204 с.
21. Малкина-Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе // *Московский психологический журнал*. 2005. № 12. С. 960.
22. Матыцина Е.Н. Психологические особенности защитно-совладающего поведения сотрудников государственного пожарного надзора и пожарных частей ГПС МЧС России: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 23 с.
23. Пономаренко Е.Н. Психологические особенности копинг-поведения следственных работников МВД России: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 174 с.
24. Попович А.С., Маркина Н.В. Взаимосвязь копинг-стратегий и личностных особенностей пожарных-спасателей МЧС // *Материалы 3-й междунар. науч.-практ. конф. Кострома*, 2013. 150 с.
25. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // *Психологические исследования*. 2011. № 3(17). URL: <http://psystudy.ru>.
26. Роршах Г. Психодиагностика: методика и результаты диагностического эксперимента по исследованию восприятия: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2003. 320 с.
27. Самонов А.П. Психологическая подготовка пожарных. М.: Стройиздат, 1982. 79 с.

28. Самара О.Е. Гендерные особенности копинг-стратегии у работников МЧС // Медицинская психология. 2009. № 2–3. С. 115.
29. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С. 63–74.
30. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. 5-е изд. М.: Академия, 2009. 19 с.
31. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1994. 283 с.
32. Травина А.А. Психолого-педагогические условия развития креативности у обучающихся профильных классов МЧС образовательных учреждений России: дис. ... канд. пед. наук. СПб., 2009. 195 с.
33. Шойгу Ю.С. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. 319 с.
34. Agazade N. Individual Coping Strategies at Times of Crises. *Azerbaijani Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 18(1), pp. 24–37.
35. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J. Pers and Soc. Psychol.*, 1984, vol. 46, pp. 877–891.
36. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York, Springer Publishing House, 1984.

REFERENCES

1. Antsyferova L.I. *Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita* [Person under hard living conditions: reconsideration, reconfiguration of situation and psychological defense]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Journal of Psychology], 1994, no. 15(1), pp. 3–19.
2. Antsyferova L.I. *O dinamicheskom podkhode k psikhologicheskomu izucheniyu lichnosti* [On dynamical approach to psychological study of personality]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Journal of Psychology], 1980, no. 2, pp. 52–60.
3. Ashanina E.N., Rybnikov V.Yu. *Psikhologicheskie mekhanizmy koping-povedeniya spetsialistov ekstremal'nykh professii* [Psychological mechanisms of coping behavior of extremal service workers]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychology and pedagogic in law-enforcement agencies], 2009, no. 2 (37), pp. 46–50.
4. Ashanina E.N. *Psikhologiya koping-povedeniya sotrudnikov Gosudarstvennoi protivopozharnoi sluzhby MChS Rossii: kontseptsiya, model', tekhnologii: avtoref. dis.... d-ra psikhol. nauk* [Psychology of coping behavior of EmerCoM State Firefight Service workers: concept, model and technologies. Abstract of Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2011, 38 p.
5. Bodrov V.A. *Psikhologicheskii stress: razvitie i preodolenie* [Psychological stress: onset and coping]. Moscow, PER SE Publ., 2006, 492 p.
6. Bukhvostov A.V. *Psikhologicheskie osobennosti koping-povedeniya sotrudnikov Gosudarstvennoi protivopozharnoi sluzhby MChS Rossii: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological specific of coping behavior of EmerCoM State Firefight Service workers. Abstract of PhD Thesis]. St. Petersburg, 2004.
7. Vasilyuk F.E. *Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii)* [Psychology of tribulation: analysis of critical situations overcoming]. Moscow, Moscow State University Publ., 1984, 200 p.

8. Vodop'yanova N.E. *Psikhodiagnostika stressa* [Psychology of stress]. St. Petersburg, Piter Publ., 2009, 336 p.
9. Gemeshliev F.K. *Psikhologicheskie modeli i tekhnologiya integrativnoi otsenki koping povedeniya spetsialistov ekstremal'nogo profilya: dis. ... kand. psikh. nauk* [Psychological models and technology of extremal service specialists' coping behavior assessment. PhD Thesis]. St. Petersburg, 2014, 159 p.
10. Zayats S.V., Filippovich V.I. *Vzaimosvyaz' zhiznestoikosti i koping-strategii u sotrudnikov MChS* [Relationship of viability and coping strategies of EmerCoM workers]. *Materialy 3 mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of 3rd Int. Conf.]. Kostroma, 2013, p. 94.
11. Zemskova A.A., Kravtsova N.A. *Lichnostnye osobennosti pozharnykh GPS MChS Rossii* [Personality traits of EmerCoM Firefight Service workers]. «Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti»: *materialy Mezhdunarodnoi nauch.-prakt. konf.* [Kadyrov R.V., ed. Proc. of Int. Conf. «Personality in extremal conditions and crisis situations»]. Vladivostok, Maritime State University Publ., 2013, p. 316.
12. Ilyushina T.E. *Sredstva i metody razvitiya kommunikativnykh sposobnostei v protsesse professional'noi podgotovki sotrudnikov GPS MChS Rossii: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk* [Tools and methods of communicative competence development in EmerCoM workers professional training. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2011, 21 p.
13. Il'in E.P. *Psikhologiya tvorchestva, kreativnosti, odarennosti* [Psychology of creation, creativity and endowment]. St. Petersburg, Piter Publ., 2009, 434 p.
14. Kadyrov R.V., Kravtsova N.A. *Osobennosti otnosheniya ko vremeni professional'nykh voennosluzhashchikh, primivavshikh uchastie v boevykh deistviyakh* [Specific of time perception of career serviceman – combat operations participants]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology], 2009, no. 32, pp. 11–17.
15. Kitaev-Smyk L.A. *Psikhologiya stressa* [Psychology of stress]. Moscow, Nauka Publ., 1983, 368 p.
16. Kovtun E.V. *Sovladanie so stressom i samoregulyatsiya v ekstremal'nykh usloviyakh deyatel'nosti* [Stress management and self-regulation in extremal conditions]. *Materialy 3 mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of 3rd Int. Conf.]. Kostroma, 2013, p. 240.
17. Kocharyan G.S., Kocharyan A.S. *Psikhoterapiya seksual'nykh rasstroistv i supruzheskikh konfliktov* [Psychotherapy of sexual disorders and marital conflicts]. Moscow, Meditsina Publ., 1994, 224 p.
18. Lebedev I.B. *Psikhologicheskie osnovy stresspreodolevayushchego povedeniya sotrudnikov OVD* [Psychological basis of stress-overcoming behavior of police department workers]. Moscow, 2001.
19. Libina A.V. *Sovladayushchii intellekt: chelovek v slozhnoi zhiznnoi situatsii. Seriya: Psikhologicheskoe obrazovanie* [Coping intellect: human in hard living conditions. Psychological Education series]. Moscow, Eksmo Publ., 2008, 400 p.
20. Libina A.V. *Izuchenie stilei sovladaniya cheloveka so slozhnymi zhiznennymi situatsiyami s pozitsii interaktivnogo podkhoda* [Coping styles of human in hard living conditions: interactive approach study]. *Mir individual'nosti* [World of individuality]. Smolensk, 1995, 204 p.
21. Malkina-Pykh I.G. *Strategii povedeniya pri stresse* [Stress coping behavior strategies]. *Moskovskii psikhologicheskii zhurnal* [Moscow Journal of Psychology], 2005, no. 12, 960 p.

22. Matytsina E.N. *Psikhologicheskie osobennosti zashchitno-sovladayushchego povedeniya sotrudnikov gosudarstvennogo pozhnar'nogo nadzora i pozhnarnykh chastei GPS MChS Rossii: avtoref. dis... kand. psikhol. nauk* [Psychological features of psychological defense and coping behavior of EmerCoM State Firefight Service inspection and fire brigades workers. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2012.
23. Ponomarenko E.N. *Psikhologicheskie osobennosti koping-povedeniya sledstvennykh rabotnikov MVD Rossii: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological features of coping behavior of Russian Ministry of Home Affairs investigators. PhD thesis]. St. Petersburg, 2006, 174 p.
24. Popovich A.S., Markina N.V. *Vzaimosvyaz' koping-strategii i lichnostnykh osobennostei pozhnarnykh-spasatelei MChS* [Relationship of coping strategies and personal traits of EmerCoM firefight rescue workers]. *Materialy 3 mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proc. of 3rd Int. Conf.]. Kostroma, 2013, p. 150.
25. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O. *Koping-strategii v psikhologii stressa: podkhody, metody i perspektivy* [Coping strategies in psychology of stress: approaches, methods and opportunities]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2011, no. 3(17). Available at: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2011n3-17/493-rasskazova-gordeeva17.html> (Accessed 13 May 2015).
26. Rorschach H., Klopfer B. Rorschach Research Exchange. 1938, 248 p. (Russ. ed.: Rorshakh G. *Psikhodiagnostika: Metodika i rezul'taty diagnosticheskogo eksperimenta po issledovaniyu vospriyatiya*. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2003, 320 p.).
27. Samonov A.P. *Psikhologicheskaya podgotovka pozhnarnykh* [Psychological training of firefighters]. Moscow, Stroizdat Publ., 1982, 79 p.
28. Samara O.E. *Gendernye osobennosti koping-strategii u rabotnikov MChS* [EmerCoM workers' coping strategies: gender specific]. *Meditsinskaya psikhologiya* [Medicine Psychology], 2009, no. 2-3, p. 115.
29. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. *Koping-povedenie i profilaktika psikhosotsial'nykh rasstroistv u podrostkov* [Coping behavior and psychosocial disorders prevention in adolescence]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Psychiatry and Medical Psychology Review], 1994, no. 1, pp. 63–74.
30. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. *Profilaktika narkomanii i alkogolizma* [Prevention of drug abuse and alcoholism]. 5th ed. Moscow, Akademiya Publ., 2009, 19 p.
31. Sirota N.A. *Koping-povedenie v podrostkovom vozraste: dis. ... d-ra med. nauk* [Coping behavior in adolescence. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 1994, 283 p.
32. Travina A.A. *Psikhologo-pedagogicheskie usloviya razvitiya kreativnosti u obuchayushchikhsya profil'nykh klassov MChS obrazovatel'nykh uchrezhdenii Rossii: dis. ... kand. ped. nauk* [Psychological and pedagogical conditions of creativity development in EmerCoM specialized classes of Russian educational institutions. PhD thesis]. St. Petersburg, 2009, 195 p.
33. Shoigu Yu.S., ed. *Psikhologiya ekstremal'nykh situatsii dlya spasatelei i pozhnarnykh* [Psychology of extremal conditions: guide for firefighters and rescue workers]. Moscow, Smysl Publ., 2007, 319 p.
34. Agazade N. Individual Coping Strategies at Times of Crises. *Azerbaijani Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 18 (1), pp. 24–37.
35. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J. Pers. and Soc. Psychol.*, 1984, vol. 46, pp. 877–891.
36. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing House, 1984.

Земскова А.А., Кравцова Н.А. Копинг-стратегии у сотрудников МЧС России с различными уровнями креативности // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 26–42.

Аннотация. В настоящее время профессиональные требования к сотрудникам МЧС России зависят от социальной, экономической и политической ситуации. С одной стороны, от сотрудников МЧС России требуется подчинение уставным отношениям, приказу, а с другой стороны, экстремальность их профессиональной деятельности нередко требует принятия самостоятельных решений и эффективных стратегий поведения. Новизна и непривычность экстремальных ситуаций требуют от специалиста нестандартного подхода к решению профессиональных задач, что связано с гибкостью мышления и креативностью личности. В статье приводятся результаты эмпирического исследования копинг-стратегий во взаимосвязи с креативностью у 54 сотрудников МЧС России и 49 курсантов академии МЧС России. Стратегия совладающего поведения «планирование решения проблемы» у сотрудников МЧС России является результатом научения и опыта профессиональной деятельности. У курсантов же определена такая стратегия совладания, как «самоконтроль», что может говорить о правильно сделанном их профессиональном выборе. Выявлена взаимосвязь между копинг-стратегиями и креативностью: начальники караулов и пожарные с высоким уровнем креативности чаще всего используют «конструктивный копинг» ($P < 0,05$) и такие стратегии, как: «диссимуляция»; «оптимизм»; «обращение». Курсанты с высоким уровнем креативности используют стратегии «сохранение самообладания», «обоснование смысла», «проблемный анализ»; «оптимизм», «конструктивная активность», «отвлечение» и «обращение».

Ключевые слова: копинг-стратегии, копинг-ресурс, креативность, спасатели, МЧС России.

Информация об авторах:

Земскова Анна Андреевна, психолог, преподаватель Дальневосточной пожарно-спасательной академии – филиала Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России. Россия, 690922, Приморский край, г. Владивосток, о. Русский, п. Аякс 27. тел. +7 423 2469426. dvf_spb@mail.ru.

Кравцова Наталья Александровна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 690002, 690002, Владивосток, пр. Острякова, д. 2. тел. +7 423 2429778. mail@vgmu.ru.

Zemskova A.A., Kravtsova N.A. Coping-strategies u sotrudnikov MChS Rossii s razlichnymi urovnyami kreativnosti [Coping strategies in employees of EMERCOM of Russia with different levels of creativity] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 26–42.

Abstract: Today, professional requirements for EMERCOM employees depend on the country's social, economic and political situation. On the one hand, the employees of Russian EMERCOM are required to obey the Statute and other regulations; on the other hand, the extreme character of their professional activity often demands for independent decisions and effective behavioral strategies. New and unusual extreme situations call for a non-standard approach to solving professional problems, considering the flexibility of thinking and creativity of an individual. The paper presents the results of an empirical study of coping strategies in correlation with the level of creativity of 54 employees of EMERCOM of Russia and 49 cadets of the Academy of EMERCOM of Russia. The employees of EMERCOM of Russia acquire the «solution planning» strategy of coping behavior in the learning process and in the course of their professional activity. Students have already acquired the «self-control» strategy of coping behavior, which confirms their right choice of a profession. The paper reveals the interdependence between coping strategies and creativity levels: the chiefs of guards and firefighters with high level of creativity often use «constructive coping» ($P < 0,05$) and such strategies as «dissimulation»; «optimism»; «appeal for advice». Students with a high level of creativity use such strategies as «self-control», «reasonability», «problem analysis»; «optimism», «constructive activity», «distraction», and «appeal for advice».

Keywords: coping-strategies, coping-resource, creativity, rescuers, EMERCOM of Russia.

Information about authors:

Zemskova Anna, Psychologist, Lecturer of the Far East Fire and Rescue Academy – Branch of St.-Petersburg University of State Fire Service of EMERCOM of Russia. 27, p. Ayaks, Russky Island, Vladivostok, Primorskiy Krai, 690922, Russia. Tel. +7 423 2469426. *dvf_spb@mail.ru*.

Kravtsova Natalya, M.D., Associate Professor, Head of Clinical Psychology Department, Pacific State Medical University of Ministry of Health of Russia. 2, Ostryakova pr., Vladivostok, Primorskiy Krai, 690002, Russia. Tel. +7 423 2429778. *mail@vgmu.ru*.

Поступила: 12.04.2015

Received: 12.04.2015

УДК 159.9:316.77]:61-058.17
ББК Ю953.2

МАРГИНАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ КАК СУБЪЕКТ ЗАТРУДНЕННОГО ОБЩЕНИЯ

Н.Д. Узлов

*Березниковский филиал Пермского государственного национального
исследовательского университета, Березники, Россия*

Проблема маргинальности является одной из ключевых, но недостаточно разработанных вопросов в социальных науках. Понятие маргинальности, обозначающее промежуточность, «пограничность» (лат. *marginalis* – находящийся на краю) указывает на положение человека между какими-либо социально-культурными группами, что накладывает определённый отпечаток на его психику [36, 56]. Существует многообразие типов маргинальности (географический, экономический, культурный, этнический, политический, религиозный, идеологический, профессиональный, экзистенциальный и др.). Ряд классификационных подходов, описывающих изучаемое явление, позволяет объединить разные типы маргинальности, принимая во внимание их сущность и функции, в макрогруппы. С этих позиций выделяют структурную (социальную) маргинальность; культурную (этнокультурную) маргинальность; маргинальность социальных ролей. Центральное место среди них занимает социальная маргинальность, означающая пограничное, переходное, структурно-неопределённое социальное состояние субъекта [3, 17, 18, 60].

Начало исследований маргинальности было положено работами американских социологов Р.Э. Парка и Э.В. Стоунквиста в 20–30-е гг. XX в., которые рассматривали маргинальность прежде всего в контексте этнокультурной ассимиляции. В качестве причин, способствующих формированию маргинальной личности, авторы указывали на утрату людьми своей идентичности (социальной, религиозной, этнической и т.д.), возникающей в результате отчуждения человека от самого себя либо вследствие процесса деструктуризации социальной жизни общества (социальные потрясения, войны, экономические кризисы, переход к другой социально-экономической формации и др.). В этих условиях человек начина-

ет испытывать бессилие, апатию, проявляет социальную безответственность, пассивность или, наоборот, агрессивные чувства [40, 46]. Маргинализация – широко распространенное явление в переходные и кризисные периоды развития общества. Ей свойствен феномен «массовой патологии идентичности»: человек переживает отчужденность от всего, в том числе и от самого себя [23]. Социально-психологическими «болезнями» людей, живущих в переходном обществе, становятся неопределенность, неуверенность, пессимизм, агрессивность, невротичность, тревожные состояния и страх. Доминирующим становится чувство социально-психологической неудовлетворенности. Всему этому сопутствуют пессимистические настроения, неуверенность в завтрашнем дне, нереализованность ожиданий, подавленность, фрустрации, стрессы и конфликты, нигилистическое отношение к любым идеям и событиям, переориентация в сторону авантюрной, утилитарной, сиюминутной деятельности [3]. Л.М. Банникова рассматривает маргинальность как «социально-патологическую форму адаптации населения к изменяющимся условиям жизни». Автор, опираясь на концепцию потенциальной маргинализации, выделяет две группы маргиналов с негативной социально-экономической адаптацией. Первую группу представляет паразитарно-иждивенческая модель адаптации, которая характеризуется нестабильной занятостью, случайными заработками, особым способом жизнеобеспечения за счет других (пауперы), отсутствием собственности, очень низким уровнем доходов (социальные аутсайдеры: нищие, просящие подаяния; бомжи, бичи, лишившиеся жилья; беспризорники). Другому виду негативной адаптации (модель социального паразитизма) присущ способ существования, при котором социальный субъект удовлетворяет свои потребности за счет других. Это, главным образом, «криминальная группа» с ярко выраженной девиантной адаптацией, насильственным, незаконным присвоением материальных благ, ценностным вакуумом [5].

Маргинальность также принято рассматривать по критериям «пограничности» и «периферийности». В первом варианте маргинальность определяется как состояние социальных групп и индивидов в процессе структурных преобразований в обществе (изменение социальных статусов, когда группа или индивид оказывается на границе двух групп или структур). Во втором случае маргинальность понимается как характеристика социальных групп, находящихся на периферии – аутсайдеров, арьергарда, андеркласса,

пауперов, состоящих из личностей, пребывающих на «дне» жизни: бездомные, люмпены, уличные проститутки, алкоголики, наркоманы, больные, страдающие социально опасными болезнями (алкоголизм, наркомания, туберкулез, ВИЧ/СПИД, ЗППП и др.) с признаками социальной дезадаптации, безработные, преступные элементы и группы, не включенные в социальные структуры, например беженцы. Представители периферийной маргинальности отличаются нисходящей профессиональной мобильностью. Попав в трудную жизненную ситуацию, они, как правило, теряют способность совладать с ней, их копинг-стратегии направлены, главным образом, на выживание – в отличие от лиц с пограничной маргинальностью, которые не утратили просоциальной активности и готовы к переменам в жизни в плане получения новой специальности, создания собственного бизнеса и т.п. К этой категории можно отнести «новых маргиналов» – представителей гуманитарных профессий, ИТР, квалифицированных рабочих, бывших военных, попавших под сокращение и др. [1, 25, 36 и др.].

Р.Ф. Степаненко и Л.Д. Чулюкин дают определение маргинальной личности, основываясь на социально-правовом подходе: «это тип личности, формирующейся в условиях внутренних (психологических, физиологических, нравственных и др.) и внешних (социально-экономических, политических, демографических и иных) изменений образа жизни, связанных с потерей самоидентификации, социально-правового и имущественного статуса, или обладающей таковым в зависимости от его институционализации». Они же дают характеристику маргинального образа жизни (в криминологическом смысле), под которым понимают «совокупность типичных для социально неблагополучных (маргинальных) групп видов и способов жизнедеятельности, для которых характерны: отсутствие постоянного источника доходов, отчуждение от общественно полезной деятельности, делинквентное (как асоциальное) поведение, связанное с неприятием или отрицанием правовых норм (правовой нигилизм), и, в силу этих обстоятельств, склонность к совершению правонарушений, в т.ч. преступлений» [45, с. 101–102].

Очевидно, что в той или иной степени «пограничные маргиналы» становятся объектом внимания социальных служб (например, центров занятости населения), однако наибольший объем работы все же связан с оказанием помощи группам населения, относящимся к маргинальной «периферии». Именно ради них создаются раз-

личные государственные и муниципальные структуры – детские дома, интернаты, реабилитационные центры, приюты, исправительные колонии и т.д. Именно здесь сосредоточена огромная масса работников помогающих профессий – врачей, педагогов, психологов, социальных работников и других специалистов.

Э.В. Стоунквист был одним из первых, кто применил психологические характеристики, отражающие степень остроты культурного конфликта, переживающего маргинализирующейся личностью. К ним он относил: дезорганизованность, ошеломленность, неспособность определить источник конфликта; ощущения «непрístupной стены», неприспособленности, неудачливости; беспокойство, тревожность, внутреннее напряжение; изолированность, непричастность, стесненность; разочарование, отчаяние; разрушение «жизненной организации», психическая дезорганизация, бессмысленность существования, эгоцентричность, честолюбие, агрессивность [46]. В отечественной литературе накоплено большое количество данных, позволяющих описать психологический портрет маргинальной личности [13, 24, 25, 35, 39, 56, 60 и др.]. В ряду специфических свойств маргинального человека авторы указывают следующие качества: обостренные рефлексия и самосознание; критическое, скептическое, иногда циничское отношение к миру; релятивизм и безоценочность мировоззрения; отстраненность, психологическая отчужденность; замкнутость, одиночество, внутренняя противоречивость. Л.И. Кемалова в качестве типических черт выделяет одиночество, подавленность, чувство изолированности, отчужденности, неопределенности, растерянности [24]. Н.О. Навджавонов для диагностики индивидуально-психологических особенностей личности, обуславливающих длительность переживания состояния маргинальности, информативными считает следующие показатели: экстернальный локус контроля, низкий уровень самопринятия и самоуважения, выраженную конформность, чувство неполноценности, ощущение беспомощности и невозможности достичь поставленных целей, низкий уровень приверженности ценностям, непластичность, ригидность, высокий уровень сензитивности, неимпульсивность, неспособность к целостному восприятию мира, отсутствие способности устанавливать глубокие и тесные связи с окружающими, необщительность, средний уровень стремления к познанию, слабый творческий потенциал [38]. О.Н. Макаренко для анализа маргинальной личности привлекает концепции психологической защиты, указывает в качестве ведущих защитных психологических механизмов

отрицание, вытеснение и агрессию; а также пессимистический стиль объяснения событий, привлекая для этих целей теорию выученной беспомощности (helplessness) М. Селигмана (M. Seligman, 1975) [35].

Сказанное выше делает крайне актуальной проблему построения диалога специалистов помогающих профессий с маргинальной личностью, особенно с представителями социальной эксклюзии, периферийной маргинальности [53]. В этой сфере зачастую присутствуют непонимание сторон, скрытая или явная взаимная враждебность, патерналистский подход социальных служб и рентные, потребительские установки со стороны объектов оказания помощи. Диалог специалиста (врача, психолога, социального работника, педагога, юриста) с маргинальным субъектом нередко напоминает «разговор с муравьями». Маргинальный субъект оказывается нечувствительным к разного рода воздействиям, ориентированным на признание ценности себя самого и другого, доверия к людям и миру, на позитивные, развивающие, направленные на людей отношения, способствующие конструктивному диалогу и в конечном счете позитивным изменениям в жизни клиента. Этим людям более понятны директивные воздействия, знакомые им с раннего детства (окрики, приказания, нравоучения, нотации, наказания и др.), однако к ним они давно выработали иммунитет. Л.И. Кемалова и Ю.Д. Парунова указывают, что в межличностных отношениях маргинальных субъектов с представителями других стратификационных групп накоплен колоссальный дефицит доверия [25]. Н.М. Римашевская показала, что разные обитатели «социального дна» по отношению к органам исполнительной власти испытывают разную степень неприязни. Так, для пауперов самыми ненавистными представителями общества являются милиционеры (полицейские) и чиновники, которые равнодушны к их проблемам. По отношению к властям беспризорники озлоблены, нищие настроены наиболее критично и требовательно, проститутки лояльны и снисходительны [43]. Специфика коммуникации субъектов с антисоциальной направленностью также характеризуется похожими паттернами обращения: они, как правило, не слушают или притворяются, что не слышат другого; игнорируют высказывания и мнения партнера, его права и желания; нарушают пространственные границы; совершают поступки независимо от желания участников общения; навязывают чувство вины; не уважают принятые нормы общения [33].

Эксклюзию маргинальности дополняют «социально-медицинские маргиналы» – лица, страдающие зависимостями и социально опасными болезнями. Наши наблюдения над представите-

лями таких медицинских маргинальных групп, как больные алкоголизмом, туберкулезом легких, ВИЧ-инфекцией, бытовой ожоговой травмой, показывают, что подобные пациенты, как правило, в своем отношении к болезни демонстрируют анозогнозические и эгоцентрические тенденции, экстернальный локус контроля, рентные установки к лечению, нарушают режимные требования, ищут виноватых в своих несчастьях среди других и т.п. [16, 47–52].

Описанные выше характеристики социального маргинала удивительным образом совпадают с описаниями субъектов затрудненного общения.

Концепция затрудненного общения (англ. *miscommunication, deficiency communication*) в последние десятилетия стала активно разрабатываться в трудах отечественных ученых, прежде всего благодаря работам А.А. Бодалева [7–9], Е.В. Цукановой [57], В.Н. Куницыной [28–30], Ю.А. Менджерицкой [37], Е.Д. Бревус [12], В.А. Лабунской [31–33] и др. Затрудненное общение рассматривается как глобальный, интегральный феномен, явление, которое представлено в сознании и переживаниях партнеров [30]. Затруднения в общении могут захватывать каждый из структурных компонентов общения (перцептивный, эмоциональный, коммуникативный, интерактивный) [22], при этом каждая грань общения может дать основание для критериев классификации причин его возникновения [61]. По мнению В.А. Лабунской с соавт. [33], затрудненное общение необходимо рассматривать в нескольких плоскостях: а) в качестве социально-психологического феномена, проявляющегося только в ситуации взаимодействия, социального общения; б) как явление объективное, представленное в несоответствии цели и результата, выбранной модели общения и реально протекающего процесса; в) как явление субъективное, заявляющее о себе в различного рода переживаниях человека, в основе которых могут быть неудовлетворенные потребности, мотивационный, когнитивный, эмоциональный диссонансы, внутриличностные конфликты и т.д.

В.Н. Куницына выделила три вида затруднений в общении (трудности, барьеры и нарушения), основываясь на параметрах субъективности – объективности трудностей общения. Трудности возникают в ситуациях, когда человек имеет возможность общаться, но не умеет этого делать, например, по причинам невоспитанности, беззастенчивости и эгоцентризма, что приводит к его отторжению, либо наоборот, умеет общаться и имеет такую воз-

возможность, но не стремится к контактам вследствие интровертированности, мизантропичности, высокомерия, самодостаточности и т.п. Барьеры формируются вследствие предубежденности, предрассудков и стереотипов, наличия ригидных установок при восприятии партнера по общению. Субъект затрудненного общения, приносящий нарушения в процесс общения, демонстрирует такие личностные качества, как подозрительность, завистливость, эгоцентризм, тщеславность, себялюбие, ревность, высокий уровень фрустрации межличностных потребностей. Субъекты с нарушениями общения чаще всего склонны к межличностному взаимодействию, основанному на унижении и подавлении другого, ущемлении его интересов, доминировании, властвовании, запугивании (так называемый «агрессивно-обесценивающий стиль общения») [28, 29]. Описанные выше варианты коммуникативных трудностей, барьеров и нарушений в значительной степени характерны для маргинальных личностей.

В.А. Лабунская с соавт., описывая субъекта затрудненного общения, указывают, что ему присущи деформации в поведенческом, эмоциональном, когнитивном компонентах общения и ценностно-смысловой сфере, такие, как неспособность адаптировать свое поведение к требованиям ситуации общения; стереотипизация восприятия окружающих; несбалансированность аффективно-когнитивной сферы; низкий уровень эмпатии; недостаточные самоконтроль и саморегуляция [33].

В развернутом виде социально-психологические и психологические критерии описания субъекта затрудненного общения могут быть систематизированы по ряду категорий.

Направленность, установки, ценностные ориентации субъекта затрудненного общения характеризуются обесцениванием себя, недоверием к себе, к людям, к миру; поверхностными, недифференцированными, непрочными, мало осознаваемыми, противоречивыми, разобщенными, направленными против людей отношениями; монологической, объектной, авторитарной, эгоцентрической, манипулятивной направленностью.

В потребностно-мотивационной сфере преобладает внешняя мотивация одобрения, достижения, эмоционального обладания, наблюдается фрустрированность собственной потребностной сферы, отсутствие содействия в удовлетворении социальных потребностей другого.

Эмоционально-волевые характеристики субъектов затрудненного общения представлены эмоциональной нестабильностью, частой сменой настроений, холодностью, вспыльчивостью, раздражительностью, эгоцентрической направленностью эмоционального резонанса, свернутостью сочувствия, невыразительностью, отчужденностью, апатией, преобладанием негативно окрашенных эмоций, несбалансированностью саморегуляции, низким самоконтролем.

Данный психотип характеризуется недостаточной развитостью социальных способностей, прежде всего способностей к пониманию другого человека, эмпатии, идентификации, психологической проницательности, сензитивности и чувствительности, наблюдательности, использованию и пониманию глубоких семантических значений языковых структур, оценке эмоциональной значимости и прогнозированию событий.

Социально-психологические качества личности включают в себя следующие качества: робость, замкнутость, неуверенность, необщительность, слабость «Я», безынициативность, беззащитность, невоспитанность, эгоцентричность, предубежденность, стереотипность, ригидность, манипулятивность, подозрительность, завистливость, тщеславие, себялюбие, ревность, гипертребовательность, нетерпимость.

Наиболее типическими стратегиями коммуникативного взаимодействия являются: отсутствие умения аргументировать свои замечания, поддерживать контакт и выходить из него; выбирать адекватную форму сообщений, давать обратную связь; стремление больше говорить, чем слушать, перебивать разговор, делать длительные паузы в речи; застывшая поза, несоответствие экспрессивного репертуара речевому поведению; нарушение социальной и персональной дистанции; симуляция, угрозы, шантаж, запугивание, ложь, покорение, сокрытие; защитно-избегающая, агрессивно-обесценивающая, определяюще-контролирующая, формально-вежливая дистантная стратегии.

С точки зрения статуса и роли в группе такой субъект часто становится отвергаемым, находится на периферии группы, его ролевые ожидания оказываются нереалистичными.

Субъекта затрудненного общения отличают дефицит, незрелость нравственных эталонов, игнорирование, нарушение моральных и нравственно-этических норм.

Его преобразовательная активность направлена против себя, характеризуется деструктивной направленностью (обезличивание, дезадаптация, деградация, разрушение, уничтожение). Субъективные последствия такого взаимодействия приводят к фрустрации социальных потребностей, разрыву эмоционально значимых связей, созданию внутриличностного когнитивно-эмоционального напряжения, искажению понимания себя и другого, отказу от рефлексии по поводу представленности своего образа в глазах других, смещению отношений, установок, ценностных ориентаций в направлении обесценивания себя и другого, демонстрации неадекватных эмоциональных реакций, низкого уровня эмпатии. Последствиями преобразовательной активности субъекта затрудненного общения выступают трения, сбои, конфликты, сопровождающиеся недостижением цели, неполучением желаемого результата [42].

Все эти характеристики оппонируют качествам субъекта незатрудненного общения, которым выступает индивид с высоко развитыми социальными способностями и позитивным спектром личностных свойств, а соответствующая им преобразовательная активность направлена на удовлетворение социальных потребностей, установление эмоционально значимых связей, уменьшение внутриличностного когнитивно-эмоционального напряжения и на достижение взаимопонимания. Для него характерны рефлексия по поводу собственной представленности своего образа в глазах других, смещение отношений, установок, ценностных ориентаций в направлении личностного, ценностного, субъектного отношения к себе и к другому; демонстрация эмоциональной сензитивности, высокого уровня эмпатии. Результатами преобразовательной активности субъекта незатрудненного общения выступают такие формы взаимодействия, как согласие, кооперация, сотрудничество, сопровождающиеся достижением целей и получением желаемого результата обоими партнерами [31].

Очевидно, что в процессе взаимодействия специалистов помогающих профессий с клиентом социальных служб важно определить тип его маргинальности, установить, является ли он субъектом затрудненного общения, и, исходя из этого, выстроить стратегию коммуникации таким образом, чтобы она достигала поставленных целей.

Общие принципы и методы построения межличностного диалога изложены в многочисленных руководствах по психологии общения и социального влияния [4, 14, 22, 34 и др.], при этом приоритет уделяется неимперативным прямым формам воздействия, та-

ким, как просьба, предложение, похвала, поддержка, утешение, убеждение и внушение. Промежуточную, но достаточно большую группу занимают манипулятивные способы воздействия, базирующиеся на знании законов социального влияния [4, 34 и др.]. Императивные прямые формы воздействия (приказ, требования, запрет), а также принуждение могут быть рекомендованы как крайняя мера при приведении субъекта к конвенциональным нормам [22].

Ю.И. Кузина в качестве эффективных инструментов преодоления затрудненного общения предлагает использовать приемы суггестивной лингвистики [2, 58, 59], в частности широко используемые в НЛП паттерны «мета-модели» и «милтон-модели» [6]. При работе с 93 супружескими парами, конфликтующими и испытывающими трудности во взаимопонимании, ею была экспериментально доказана результативность применения различных паттернов вербальной коммуникации, особенно пресуппозиций [27]. В ряде других работ приводятся данные об эффективности таких психокоррекционных методов с разными субъектами затрудненного общения, как социально-психологический тренинг, игра, гештальт-терапия, музыкотерапия и др. [10–12, 19, 26, 27, 44, 54 и др.], однако их прямое использование в работе с маргинальными социальными субъектами требует дополнительных организационных усилий, включения на первых порах таких средств воздействия, как убеждение и даже принуждение (так, в ряде зарубежных стран гражданина могут обязать пройти курс психотерапии по решению суда).

В свете вышеизложенного крайне актуальными становятся требования, выдвигаемые к работникам социальных служб, взаимодействующим с маргинальным субъектом.

Первое из них – коммуникативная компетентность, понимаемая как владение сложными коммуникативными навыками и умениями, знание культурных, гендерных и национальных норм, обычаев, традиций, этикета в сфере общения и т.д., складывающаяся из способностей давать социально-психологический прогноз коммуникативной ситуации, программировать процесс общения и управлять им [30, 41].

Второе важное требование – достижение профессиональной идентичности и преодоление профессиональной маргинальности, которая определяется как «личностная позиция непричастности и ментальная непринадлежность к общественно приемлемой для данной профессии профессиональной морали» [20]. В условиях сегодняшней реальности профессиональная маргинальность свойственна представителям большинства социально значимых про-

фессий – педагогам, медицинским работникам, социальным работникам, операторам, программистам, управленцам и др. [15, 55 и др.].

Е.П. Ермолаева выделяет следующие виды профессиональной маргинальности: профессионально-ригидные маргиналы (неспособные к профессиональной динамике в условиях, требующих перемен) и профессионально-нестабильные (не готовые к длительному пребыванию в профессии, а, напротив, склонные к ее немотивированной смене); функциональные (имитаторы деятельности и ее саботажники) и ментальные маргиналы. Последние разделяются по категориям ментально-внутренней маргинальности, для которых профессия служит средством реализации своих личных амбиций или достижения корыстных интересов («они любят не дело, а себя в этом деле»); и ментально-внешней, представители которой не принимают профессиональной морали, не интериоризированы в профессию, не сделали ее личностно значимой ценностью для себя («они любят не дело, а нечто вообще вне его; готовы бросить дело, если подвернется более удобное, легкое или выгодное») [20, 21]. Представляется, что на современном этапе развития социальных практик, когда престиж помогающих профессий (в сравнении с экономистами, менеджерами и юристами, которых и так переизбыток) падает, профессионально-нестабильных и ментально-внешних маргиналов-временщиков становится все больше.

С этих позиций несложно вообразить встречу двух личностей – профессионально маргинального работника и маргинального клиента. Очевидно, что энкаунтер как способ установления честных и открытых отношений, основанный на ответственности, внимании к чувствам партнера, осознании своего «Я», здесь невозможен. В лучшем случае их диалог может сводиться к бездушной канцелярщине или примитивной манипуляции, когда каждая сторона остается при своем мнении.

Сказанное выше позволяет сделать ряд выводов:

1. Маргинальную личность, особенно периферийного типа, в полной мере можно рассматривать субъектом затрудненного общения: их социально-психологические характеристики совпадают по большинству признаков. При коммуникации с маргинальной личностью у представителей социальных служб возникают многочисленные трудности, барьеры и нарушения, аналогичные тем, которые имеют место при взаимодействии с субъектом затрудненного общения.

2. Для взаимодействия с маргинальными потребителями социальных услуг должны быть выработаны новые «языки общения»,

позволяющие в полной мере реализовать декларируемые принципы социальной помощи и дающие возможность «достучаться» до личности, быть понятым, включенным в процесс демаргинализации. Методологической основой в разработке таких подходов может являться концепция затрудненного общения.

3. Для выполнения поставленных задач представители социальных служб должны обладать навыками хорошего коммуникатора, приобрести коммуникативные компетенции и преодолеть собственную профессиональную маргинальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверина М.В. Проявления феномена маргинальности в различных пространствах социума // Полигнозис. 2008. Т. 1. С. 46–53.
2. Авдеенко И.А. Структура и суггестивные свойства вербальных составляющих рекламного текста: автореф. дис. ... канд. филол. наук. Барнаул, 2001. 23 с.
3. Акопян Н. Маргинальность как одна из основных характеристик трансформирующегося общества // 21 век. 2005. № 1. С. 150–165.
4. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 160 с.
5. Банникова Л.М. Маргинальность как социально-патологическая форма адаптации населения к меняющимся условиям жизни (К постановке проблемы) [Электронный ресурс] // Ползуновский альманах. 2000. № 2. URL: <http://new.elib.altstu.ru>.
6. Бендлер Р., Гриндер Дж. Структура магии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. Т. 1, 2. 375 с.
7. Бодалев А.А. Личность и общение: Избранные труды. М.: Педагогика, 1983. 271 с.
8. Бодалев А.А. История разработки проблемы познания людьми друг друга в СССР – России // Человек, сообщество, управление. 2004. № 1. С. 57–68.
9. Бодалев А.А., Ковалев Г.А. Психологические трудности общения и их преодоление // Педагогика. 1992. № 5-6. С. 65–70.
10. Бочанцева Л.И. Психологические средства нормализации затрудненного общения антисоциальной личности: автореф. дис. ...канд. психол. наук. Новосибирск, 2007. 22 с.
11. Бочанцева Л.И. Психологические возможности использования гештальт-групповой работы в нормализации затрудненного общения асоциальной личности // Педагогическое образование и наука. 2012. № 2. С. 102–105.
12. Бреус Е.Д. Динамика трудностей общения в процессе социально-психологического тренинга // Психологический вестник. Ростов н/Д.: Изд-во РГУ, 1997. Вып. 2. С. 230–238.
13. Вайтулевич С.Н. Маргинальное сознание и поведение как аспект социально-психологической организации маргинальной личности // Успехи современного естествознания. 2007. № 2. С. 60–61.
14. Вердербер Р., Вердербер К. Психология общения. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 320 с.
15. Волкова О.А. Профессиональная маргинальность в контексте проблем современного российского общества // Социальные проблемы. 2008. № 1. С. 52–62.

16. Габдрахманова Н.Н., Узлов Н.Д. Психологический портрет пациентов с анозогнозическим типом отношения к болезни при туберкулезе легких // Академический журнал Западной Сибири. 2013. № 1. С. 35–35.
17. Галсанамжилова О.Н. К вопросу о структурной маргинальности в российском обществе // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. IX, № 4. С. 160–169.
18. Голенкова З.Т., Игитханян Е.Д., Казаринова И.В. Маргинальный слой: феномен социальной самоидентификации // СОЦИС. 1996. № 8. С. 12–17.
19. Джиоева О.Ф. Социально-педагогические технологии оптимального решения затрудненного общения в общеобразовательной школе и вузе: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Владикавказ, 2007. 23 с.
20. Ермолаева Е.П. Профессиональная идентичность и маргинализм: концепция и реальность // Психологический журнал. 2001. № 4. С. 51–59.
21. Ермолаева Е.П. Психология профессионального маргинала в социально значимых видах труда // Психологический журнал. 2001. № 5. С. 69–71.
22. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2009. 576 с.
23. Кемалова Л.И. Маргинальная личность в поисках гражданского согласия // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Сер. Философия. Социология. 2008. Т. 21(60), № 1. С. 342–347.
24. Кемалова Л.И. Маргинальная личность: социально-психологический портрет // Вестник СевГТУ. 2008. Вып. 86. С. 94–97.
25. Кемалова Л.И., Парунова Ю.Д. Личность маргинала и возможности ее социализации в условиях транзитивного общества. Симферополь; Керчь: Таврия, 2010. 228 с.
26. Кошелева Е.А. Психолого-педагогические методы и технологии преодоления затрудненного общения [Электронный ресурс]// Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. URL: www.science-education.ru/105-7059.
27. Кузина Ю.И. Влияние паттернов вербальной коммуникации на нормализацию затрудненного общения личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2006. 22 с.
28. Куницына В.Н. Нарушения, барьеры, трудности межличностного неформального общения // Актуальные проблемы психологической теории и практики / под ред. А. А. Крылова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1995. С. 82–92.
29. Куницына В.Н. Трудности межличностного общения: автореферат дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1991. 31 с.
30. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение: учеб. для вузов. СПб.: Питер, 2002. 544 с.
31. Лабунская В.А. Психология затрудненного общения. М.: Академия, 2001. 288 с.
32. Лабунская В.А. Психологический портрет субъекта затрудненного общения // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 5. С. 14–22.
33. Лабунская В.А., Менеджерцкая Ю.А., Бреус Е.Д. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция: учеб. пособие. М.: Академия, 2001. 288 с.
34. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 2010. 794 с.
35. Макаренко О.В. К вопросу о психологии маргинальной личности // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 7. Философия. 2009. № 1(9). С. 173–175.

36. Маргинальность в современной России / Е.С. Балабанова, М.Г. Бурлуцкая, А.Н. Демин и др.; Сер. Научные доклады. М.: МОНФ, 2000. Вып. 121. 208 с.
37. Менджериджая Ю.А. Особенности эмпатии субъектов затрудненного общения // Практическая психология. 1999. № 4. С. 54–64.
38. Навджавонов Н.О. Проблема маргинальной личности: постановка задачи и определение подходов // Социальная философия в конце XX века. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. С. 149–158.
39. Николаев В.Г. Человек маргинальный // Вопросы социальной теории. 2010. Т. 4. С. 354–372.
40. Парк Р.Э. Культурный конфликт и маргинальный человек // Социальные и гуманитарные науки. Сер. 11. Социология. 1997. № 2. С. 172–175.
41. Петровская Л.А. Компетентность в общении. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989. 126 с.
42. Психология личности: учеб. пособие / под ред. П.Н. Ермакова, В.А. Лабунской. М.: Эксмо, 2007. С. 324–328.
43. Римашевская Н.М. Бедность и маргинализация населения// СОЦИС. 2004. № 4. С. 33–44.
44. Самохвалова А.Г. Структурно-динамическая концепция затрудненного общения в онтогенезе ребенка: автореф. дис. ... докт. психол. наук Кострома, 2015. 51 с.
45. Степаненко Р.Ф., Чулюкин Л.Д. Общая теория маргинальности: проблемы правового подхода // Вестник экономики, права и социологии. 2010. № 2. С. 96–103.
46. Стоунквист Э.В. Маргинальный человек: исследование личности и культурного конфликта: автореферат диссертации с примечаниями 1961 г. // Личность. Культура. Общество. 2006. № 1(29). С. 9–36.
47. Узлов Н.Д. Личностные характеристики больных с бытовой ожоговой травмой и их отношение к болезни // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы: сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (27-28 апреля 2010 г.; АОУ ВПО «Ленинградский государственный ун-т им. А.С. Пушкина»). СПб.: АЙСИНГ, 2010. С. 182–188.
48. Узлов Н.Д. Напряженность психологических защит, отношение к болезни и лечению больных алкоголизмом при первичной и вторичной госпитализации// Актуальные вопросы теории и практики психологии отношений: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 24-27 мая 2010 г.) / Урал. гос. пед. ун-т; науч. ред. С.А. Минюрова, С.В. Духновский. Екатеринбург, 2010. С. 229–231.
49. Узлов Н.Д. Личностные профили женщин-заключенных, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Медицинская психология в России. 2011. № 2. URL: <http://medpsy.ru>.
50. Узлов Н.Д. Психологический портрет пациентов с бытовой ожоговой травмой // Тюменский медицинский журнал. 2011. № 2. С. 45–46.
51. Узлов Н.Д., Башкирцева О.В. Самоотношение ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 2(4). URL: <http://medpsy.ru/climp>.
52. Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 3(20). URL: <http://medpsy.ru>.
53. Узлов Н.Д. Маргинальная личность как объект и субъект социальной работы: проблема коммуникации // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современная система соци-

- ального обслуживания населения в России и Пермском крае: проблемы и перспективы развития: сб. материалов VI междунар. науч.-практ. конф. (г. Пермь, 3 декабря 2014 г.) / под общ. ред. З.П. Замараевой, М.И. Григорьевой; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. Пермь, 2014. С. 156–166.
54. Удунова Г.Е. Психологічна корекція ускладненого спілкування в учнів шкіл-інтернатів (Психологіческая коррекция затрудненного общения учеников школ-интернатов): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Киев, 2006. 24 с.
55. Федоров В.В. Социально-профессиональная маргинальность в современной России // Вестник Тверского государственного университета. Сер. Филология. 2009. № 11. С. 43–47.
56. Феофанов К.А. Социальная маргинальность: характеристика основных концепций и подходов в современной социологии (Обзор) // Общественные науки за рубежом. РЖ. Сер. 11. Социология. 1992. № 2. С. 70–83.
57. Цуканова Е.В. Психологические трудности межличностного общения. Киев: Выща школа, 1985. 162 с.
58. Черепанова И.Ю. Вербальная суггестия: теория, методика, социально-лингвистический эксперимент: автореф. дис. ... докт. филол. наук. М., 1996. 50 с.
59. Черепанова И.Ю. Дом колдуньи. Язык творческого бессознательного. М.: КСП+, 1999. 446 с.
60. Шалагинова Н.А. Социальная маргинальность: характерологические свойства и типологические признаки: автореф. дис. ... канд. филос. наук. Ростов н/Д., 2012. 25 с.
61. Шкуратова И.П. Когнитивный стиль и общение. Ростов н/Д.: Изд-во Ростов. пед. ун-та, 1994. 156 с.

REFERENCES

1. Averina M.V. *Proyavleniya fenomena marginal'nosti v razlichnykh prostranstvakh sotsiuma* [Manifestations of marginality phenomenon in various social spaces]. *Polignozis* [Polygnosys], 2008, no. 1, pp. 46–53.
2. Avdeenko I.A. *Struktura i suggestivnye svoystva verbal'nykh sostavlyayushchikh reklamnogo teksta. Avtoref. dis. ... kand. filol. nauk* [Commercial text: structure and suggestive properties of verbal components. Abstract of PhD thesis]. Barnaul, 2001. 23 p.
3. Akopyan N. *Marginal'nost' kak odna iz osnovnykh kharakteristik transformiruyushchegosya obshchestva* [Marginality as one of the base characteristics of transforming society]. *21 vek* [XXIst century], 2005, no 1, pp. 150–165.
4. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. *Social psychology*. 3rd ed. New York, 1999 (Russ. ed.: Aronson E., Uilson T., Eikert R. *Sotsial'naya psikhologiya. Psikhologicheskie zakony povedeniya cheloveka v sotsiume*. St. Petersburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2004. 160 p.).
5. Bannikova L.M. *Marginal'nost' kak sotsial'no-patologicheskaya forma adaptatsii naseleniya k menyayushchimsya usloviyam zhizni (K postanovke problemy)* [Marginality as a social and pathological form of population adaptation to the changing living conditions: problem statement]. *Polzunovskii al'manakh* [Polzunovsky almanac]. 2000, no. 2. Available at: http://new.elib.altstu.ru/journals/Files/pa2000_2/pages/19/pap_19.html (Accessed 20 March 2015).
6. Grinder J., Bandler R. *The Structure of Magic. Vol. I&II*. Science and Behavior Books, Palo Alto, 1975. (Russ. ed.: Bendler R., Grinder Dzh. *Struktura magii*. T. 1, 2. St. Petersburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2008, 375 p.).

7. Bodalev A.A. *Lichnost' i obshchenie: Izbrannye trudy* [Person and communication. Selected works]. Moscow, Pedagogika Publ., 1983, 271 p.
8. Bodalev A.A. *Istoriya razrabotki problemy poznaniya lyud'mi drug druga v SSSR-Rossii* [Peoples' each other cognition: history of problem development and research in Soviet Union and Russia]. *Chelovek, soobshchestvo, upravlenie* [Human, society, management], 2004, no. 1, pp. 57–68.
9. Bodalev A.A., Kovalev G.A. *Psikhologicheskie trudnosti obshcheniya i ikh preodolenie* [Psychological difficulties of communication and their overcoming]. *Pedagogika* [Pedagogics], 1992, no. 5–6, pp. 65–70.
10. Bochantseva L.I. *Psikhologicheskie sredstva normalizatsii zatrudnennogo obshcheniya antisotsial'noi lichnosti: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological means of miscommunication normalization of the antisocial personality: Abstract of PhD thesis]. Novosibirsk, 2007, 22 p.
11. Bochantseva L.I. *Psikhologicheskie vozmozhnosti ispol'zovaniya geshtal't-gruppo-voi raboty v normalizatsii zatrudnennogo obshcheniya asotsial'noi lichnosti* [Psychological opportunities of gestalt-group work in miscommunication normalization of the asocial personality]. *Pedagogicheskoe obrazovanie i nauka* [Pedagogical education and science], 2012, no. 2, pp. 102–105.
12. Breus E.D. *Dinamika trudnostei obshcheniya v protsesse sotsial'no-psikhologicheskogo treninga* [Dynamics of communication difficulties in socio-psychological training]. *Psikhologicheskii vestnik* [Psychological Bulletin], 1997, no. 2, pp. 230–238.
13. Vaitulevich S.N. *Marginal'noe soznanie i povedenie kak aspekt sotsial'no-psikhologicheskoi organizatsii marginal'noi lichnosti* [Marginal consciousness and behavior as aspect of socio-psychological organization of the marginal personality]. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya* [Advances of modern natural science], 2007, no. 2, pp. 60–61.
14. Verderber R.F., Verderber K.S. *Inter-act: Using interpersonal communication skills*. Wadsworth Publishing Company, 1998 (Russ. ed.: Verderber R., Verderber K. *Psikhologiya obshcheniya*. St. Petersburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2003, 320 p.).
15. Volkova O.A. *Professional'naya marginal'nost' v kontekste problem sovremennogo rossiiskogo obshchestva* [Professional marginality in the context of modern Russian society problems]. *Sotsial'nye problemy* [Social Problems], 2008, no. 1, pp. 52–62.
16. Gabdrakhmanova N.N., Uzlov N.D. *Psikhologicheskii portret patsientov s anozognozicheskim tipom otnosheniya k bolezni pri tuberkuleze legkikh* [Psychological portrait of pulmonary tuberculosis patients with anosognosic type of illness perception]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri* [Academic Journal of Western Siberia], 2013, no. 1, pp. 35–35.
17. Galsanamzhilova O.N. *K voprosu o strukturnoi marginal'nosti v rossiiskom obshchestve* [To the question of structural marginality in the Russian society]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii* [Journal of Sociology and Social Anthropology], 2006, vol. IX, no. 4, pp. 160–169.
18. Golenkova Z.T., Igitkhanyan E.D., Kazarinova I.V. *Marginal'nyi sloi: fenomen sotsial'noi samoidentifikatsii* [Marginal layer: phenomenon of social self-identification]. *SOTsIS* [Sociology Study], 1996, no. 8, pp. 12–17.
19. Dzhiioeva O.F. *Sotsial'no-pedagogicheskie tekhnologii optimal'nogo resheniya zatrudnennogo obshcheniya v obshcheobrazovatel'noi shkole i vuze: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk* [Social and pedagogical technologies of optimum solution of deficiency communication in comprehensive secondary school and higher education institution: Abstract of PhD thesis]. Vladikavkaz, 2007, 23 p.

20. Ermolaeva E.P. *Professional'naya identichnost' i marginalizm: kontseptsiya i real'nost'* [Professional identity and marginality: concept and reality]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychology Journal], 2001, no. 4, pp. 51–59.
21. Ermolaeva E.P. *Psikhologiya professional'nogo marginala v sotsial'no znachimykh vidakh truda* [Psychology of the professional marginal in socially significant kinds of labour]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychology Journal], 2001, no. 5, pp. 69–71.
22. Il'in E.P. *Psikhologiya obshcheniya i mezhlichnostnykh otnoshenii* [Psychology of communication and interpersonal relations]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2009, 576 p.
23. Kemalova L.I. *Marginal'naya lichnost' v poiskakh grazhdanskogo soglasiya* [The marginal personality in search of a civil consent]. *Uchenye zapiski Tavricheskogo natsional'nogo universiteta im. V.I. Vernadskogo. Seriya «Filosofiya. Sotsiologiya»* [Scientific notes of Taurida National V.I. Vernadsky University. Philosophy and Sociology Series], 2008, vol. 21 (60), no. 1, pp. 342–347.
24. Kemalova L.I. *Marginal'naya lichnost': sotsial'no-psikhologicheskii portret* [Sociopsychological portrait of marginal personality]. *Vestnik SevGTU* [Sevastopol National Technical University Bulletin], 2008, no. 86, pp. 94–97.
25. Kemalova L.I., Parunova Yu.D. *Lichnost' marginala i vozmozhnosti ee sotsializatsii v usloviyakh tranzitivnogo obshchestva: monography* [Marginal personality and possibility of its socialization in the transitive society: monograph]. Simferopol-Kerch, Tavriya, 2010, 228 p.
26. Kosheleva E.A. *Psikhologo-pedagogicheskie metody i tekhnologii preodoleniya zatrudnennogo obshcheniya* [Psychological and pedagogical methods and technologies of deficiency communication overcoming]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Actual Problems of Science and Education], 2012, no. 5. Available at: <http://www.science-education.ru/105-7059> (Accessed 19 March 2015).
27. Kuzina Yu.I. *Vliyanie patternov verbal'noi kommunikatsii na normalizatsiyu zatrudnennogo obshcheniya lichnosti: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Influence of verbal communication patterns on personality normalization of the deficiency communication: Abstract of PhD thesis]. Krasnoyarsk, 2006, 22 p.
28. Kunitsyna V.N. *Naruseniya, bar'ery, trudnosti mezhlichnostnogo neformal'nogo obshcheniya* [Violations, barriers and difficulties of interpersonal non-formal communication]. Krylov A.A., ed. *Aktual'nye problemy psikhologicheskoi teorii i praktiki* [Actual Theoretical and Practical Problems of Psychology]. St. Petersburg, St. Petersburg State University Publ., 1995, pp. 82–92.
29. Kunitsyna V.N. *Trudnosti mezhlichnostnogo obshcheniya: avtoreferat dis. ... d-ra psikhol. nauk* [Difficulties in interpersonal communication: Abstract of Doct. Diss.]. St. Petersburg, 1991. 31 p.
30. Kunitsyna V.N., Kazarinova N.V., Pogol'sha V.M. *Mezhlichnostnoe obshchenie: uchebnik dlya vuzov* [Interpersonal communication: textbook for high schools]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2002, 544 p.
31. Labunskaya V.A. *Psikhologiya zatrudnennogo obshcheniya* [Psychology of the miscommunication]. Moscow, Akademiya Publ., 2001, 288 p.
32. Labunskaya V.A. *Psikhologicheskii portret sub'yekta zatrudnennogo obshcheniya* [The subject of miscommunication: psychological portrait]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychology Journal], 2003, vol. 24, no. 5, pp. 14–22.
33. Labunskaya V.A., Menedzheritskaya Yu.A., Breus E.D. *Psikhologiya zatrudnennogo obshcheniya: Teoriya. Metody. Diagnostika. Korrektsiya: Uchebnoe posobie* [Psy-

- chology of the miscommunication: theory, methods, diagnostics, correction: Manual]. Moscow, Akademiya Publ., 2001, 288 p.
34. Myers D.G. Social psychology. New York, McGraw-Hill, 1987 (Russ. ed.: Maiers D. Sotsial'naya psikhologiya. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2010, 794 p.).
35. Makarenko O.V. *K voprosu o psikhologii marginal'noi lichnosti* [To a question of psychology of the marginal personality]. *Vestnik Volgogradskogo gosuniversiteta. Seriya 7. «Filosofiya»* [Volgograd State University Bulletin. Series 7: Philosophy], 2009, no. 1(9), pp. 173–175.
36. Balabanova E.S., Burlutskaya M.G., Demin A.N. et al. *Marginal'nost' v sovremennoi Rossii. Seriya «Nauchnye doklady»* [Marginality in modern Russia. Scientific Reports Series]. Moscow, Moscow, 2000, iss. 121, 208 p.
37. Mendzheritskaya Yu.A. *Osobennosti empatii sub'yektov zatrudnennogo obshcheniya* [Features of empathy of subjects with deficiency communication]. *Prakticheskaya psikhologiya* [Practical Psychology], 1999, no. 4, pp. 54–64.
38. Navdzhavonov N.O. *Problema marginal'noi lichnosti: postanovka zadachi i opredelenie podkhodov* [Problem of the marginal personality: problem formulation and approaches determination]. *Sotsial'naya filosofiya v kontse XX veka* [Social philosophy at the end of XXth century]. Moscow, Moscow State University Publ., 1991, pp. 149–158.
39. Nikolaev V.G. *Chelovek marginal'nyi* [The human marginality]. *Voprosy sotsial'noi teorii* [Social theory issues], 2010, vol. 4, pp. 354–372.
40. Park R.E. *Kul'turnyi konflikt i marginal'nyi chelovek* [Cultural conflict and marginal person]. *Sotsial'nye i gumanitarnye nauki. Seriya 11. Sotsiologiya*. [Social sciences and humanities. Series 11: Sociology], 1997, no. 2, pp. 172–175.
41. Petrovskaya L. A. *Kompetentnost' v obshchenii* [Competence in communication]. Moscow, Moscow State University Publ., 1989, 126 p.
42. Ermakov P.N., Labunskaya V.A., ed. *Psikhologiya lichnosti. Uchebnoe posobie* [Psychology of the personality: manual]. Moscow, Eksmo Publ., 2007, pp. 324–328.
43. Rimashevskaya N.M. *Bednost' i marginalizatsiya naseleniya* [Poverty and marginalization of population]. *SOTSIS* [Sociology Study], 2004, no. 4, pp. 33–44.
44. Samokhvalova A.G. *Strukturno-dinamicheskaya kontseptsiya zatrudnennogo obshcheniya v ontogeneze rebenka: avtoreferat dis. ... dokt. psikhol. nauk* [The structural and dynamic concept of the miscommunication in ontogenesis of the child: Abstract of Doct. Diss.]. Kostroma, 2015, 51 p.
45. Stepanenko R.F., Chulyukin L.D. *Obshchaya teoriya marginal'nosti: problemy pravovogo podkhoda* [General theory of a marginality: problems of legal approach]. *Vestnik ekonomiki, prava i sotsiologii* [Economics, law and sociology bulletin], 2010, no. 2, pp. 96–103.
46. Stonequist E.V. *The Marginal Man: a study in personality and culture conflict*. New York, Russell & Russell, 1961 (Russ. ed.: Stounkvist E.V. *Marginal'nyi chelovek: issledovanie lichnosti i kul'turnogo konflikta: avtoreferat dissertatsii s primechaniyami 1961 goda. Lichnost'. Kul'tura. Obshchestvo* [Personality, culture, society], 2006, no. 1(29), pp. 9–36).
47. Uzlov N.D. *Lichnostnye kharakteristiki bol'nykh s bytovoivoi ozhogovoivoi travmoi i ikh otnoshenie k bolezni* [Personal traits of patients with domestic burn injury and their attitude towards illness]. *Klinicheskaya psikhologiya: Itogi. Problemy. Perspektivy: sbornik materialov Vseros. nauch.-prakt. konf.i s mezhdunarodnym uchastiem* [Proc. of Rus. Conf. «Clinical psychology: results, problems, prospects»]. St. Petersburg, AISING Publ., 2010, pp. 182–188.

48. Uzlov N.D. *Napryazhennost' psikhologicheskikh zashchit, otnoshenie k bolezni i lecheniyu bol'nykh alkogolizmom pri pervichnoi i vtorichnoi gospitalizatsii* [Tensions of psychological protection mechanisms, attitude towards illness and treatment of patients with alcoholism at hospitalization and readmission]. In: Minyurova S.A., Dukhnovskii S.V., ed. *Aktual'nye voprosy teorii i praktiki psikhologii otnoshenii: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf.* [Proc. of Rus. Conf. «Topical issues of the theory and practice of relations psychology»]. Ekaterinburg, Ural State Pedagogical University Publ., 2010, pp. 229–231.
49. Uzlov N.D. *Lichnostnye profili zhenshchin-zaklyuchennykh, VICH-infitsirovannykh i bol'nykh SPIDom* [Personal profiles of female prisoners, HIV-positive people and patients AIDS]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 2011, no. 2. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer16.php (Accessed 13 March 2015).
50. Uzlov N.D. *Psikhologicheskii portret patsientov s bytovoi ozhogovoi travmoy* [Psychological portrait of patients with a domestic burn injury]. *Tyumenskii meditsinskii zhurnal* [Tyumen Medicine Journal], 2011, no. 2, pp. 45–46.
51. Uzlov N.D., Bashkirtseva O.V. *Samoотношение VICH-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных* [Self-relation of convicts with HIV and tuberculosis]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and Medical Psychology: Researches, Education, Practice], 2014, no. 2(4). Available at: http://www.medpsy.ru/climp/2014_2_4/article08.php (Accessed 13 March 2015).
52. Uzlov N.D., Gabdrakhmanova N.N. *Sovladayushchee povedeniye i zashchitnye mekhanizmy lichnosti u bol'nykh tuberkulezom legkikh s anoznognozicheskim tipom otnosheniya k bolezni* [Coping-behavior and protective mechanisms of the personality of pulmonary tuberculosis patients with anosognosic type of illness perception]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 2013, no. 3(20). Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2013_3_20/nomer/nomer06.php (Accessed 13 March 2015).
53. Uzlov N.D. *Marginal'naya lichnost' kak ob'ekt i sub'ekt sotsial'noi raboty: problema kommunikatsii* [Marginal personality as object and subject of social work: a communication problem]. In: Zamaraeva Z.P., Grigor'eva M.I., ed. *Sotsial'naya bezopasnost' i zashchita cheloveka v usloviyakh novoi obshchestvennoi real'nosti. Sovremennaya sistema sotsial'nogo obsluzhivaniya naseleniya v Rossii i Permskom krae: problemy i perspektivy razvitiya: sb. materialov VI mezhdunar. nauch.-prakt. konf.* [Proc. of 4th Int. Conf. «Social Safety, Social Security, and Condition of new social reality. The Modern System of Social Services in Russia and Perm Region: Problems and Prospects»]. Perm, Perm State University Publ., 2014, pp. 156–166.
54. Ulunova G.Ye. *Psikhologichna korektsiya uskladnenogo spilkuvaniya v uchniv shkil-internativ: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological correction of deficiency communication of boarding school pupils. Abstract of PhD thesis]. Kiev, 2006, 24 p.
55. Fedorov V.V. *Sotsial'no-professional'naya marginal'nost' v sovremennoi Rossii* [Social and professional marginality in modern Russia]. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tver State University Bulletin], 2009, no. 11, pp. 43–47.
56. Feofanov K.A. *Sotsial'naya marginal'nost': kharakteristika osnovnykh kontseptsii i podkhodov v sovremennoi sotsiologii (obzor)* [Social marginality: the characteristic of the main concepts and approaches in modern sociology (review)]. *Obshchestvennye nauki za rubezhom. Referativnyy zhurnal. Seriya 11. Sotsiologiya* [Foreign Social Sciences: abstract journal. Series 11: Sociology]. 1992, no. 2, pp. 70–83.

57. Tsukanova E.V. *Psikhologicheskie trudnosti mezhlichnostnogo obshcheniya* [Psychological difficulties of interpersonal communication]. Kiev, Vyshcha shkola Publ., 1985, 162 p.
58. Cherepanova I.Yu. *Verbal'naya suggestiya: teoriya, metodika, sotsial'no-lingvisticheskii eksperiment: avtoref. dis. ... d-ra filolog. nauk* [Verbal suggestion: theory, technique, social and linguistic experiment. Abstract of Doct. Diss.]. Moscow, 1996, 50 p.
59. Cherepanova I.Yu. *Dom koldun'i. Yazyk tvorcheskogo bessoznatel'nogo* [The Witch's House. Language of the creative unconscious]. Moscow, KSP+ Publ., 1999. 446 p.
60. Shalaginova N.A. *Sotsial'naya marginal'nost': kharakterologicheskie svoystva i tipologicheskie priznaki: avtoref. dis. ... kand. fil. nauk* [Social marginality: characterologic properties and typological signs. Abstract of PhD thesis]. Rostov-na-Donu, 2012, 25 p.
61. Shkupatova I.P. *Kognitivnyi stil' i obshchenie* [Cognitive style and communication]. Rostov-na-Donu, Rostov Pedagogical University Publ., 1994, 156 p.
-

Узлов Н.Д. Маргинальная личность как субъект затруднённого общения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 43–63.

Аннотация. В статье представлен краткий обзор современных исследований по проблеме маргинальности и психологии затрудненного общения. Описаны основные виды маргинальности, приведены классификационные подходы с позиций социологии, психологии и права. Особое внимание уделено периферийной маргинальности, представители которой в большинстве случаев становятся объектами внимания социальных служб, что делает крайне актуальной проблему построения диалога специалистов помогающих профессий с представителями социальной эксклюзии. Указано на роль профессиональной маргинальности как одной из причин, затрудняющей успешную работу с клиентами. Предпринята попытка рассмотреть маргинальную личность с позиций концепции затрудненного общения, активно разрабатываемой в трудах отечественных ученых. Проведены параллели между маргинальным субъектом и субъектом затрудненного общения, представлены для сопоставления их психологические портреты, установлены совпадения по большинству признаков. Рассмотрены приемы и методы преодоления затрудненного общения в контексте взаимодействия с маргинальной личностью, указано на приоритет неимперативных прямых методов воздействия, а также технологий социального влияния, суггестивной лингвистики (паттернов вербальной коммуникации). Сделаны выводы о том, что маргинальную личность, особенно периферийного типа, в полной мере можно рассматривать субъектом затрудненного общения, при коммуникации с которой у представителей социальных служб возникают многочисленные трудности, барьеры и нарушения, аналогичные тем, которые имеют место при взаимодействии с субъектом затрудненного общения; должны быть разработаны новые способы коммуникации с маргинальной личностью. Методологической основой в разработке таких подходов может являться концепция затрудненного общения. В контексте вышесказанного выдвигается

гаются базовые требования к работникам социальных служб. Таковыми являются: наличие навыков эффективного коммуникатора, коммуникативная компетентность, достижение профессиональной идентичности и преодоление их собственной профессиональной маргинальности.

Ключевые слова: маргинальность, маргинальная личность, затрудненное общение, субъект затрудненного общения, работники социальных служб, профессиональная маргинальность, коммуникативная компетентность, профессиональная идентичность.

Информация об авторе:

Узлов Николай Дмитриевич, кандидат медицинских наук, профессор кафедры естественных и гуманитарных наук Березниковского филиала ФБГОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет». Россия, 618400, Пермский край, г. Березники, ул. Ленина, 33. Тел. (3424) 26-90-32. *knots51@mail.ru*.

Uzlov N.D. Marginal'naya lichnost' kak sub"ekt zatrudnennogo obshcheniya [Marginal personality as the subject of miscommunication] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 43–63.

Abstract. The paper presents an overview of contemporary research on the issue of marginality and miscommunication, a description of its main types, and a psychological portrait of a marginal subject. It is an attempt at considering a marginal personality from the positions of the concept of miscommunication. The authors draw a parallel line between a marginal subject and a subject of miscommunication. It is pointed out, that professional marginality may serve as one of the reasons for impeding successful communication with clients. The communicative competence and professional identity are considered as basic requirements for a social service worker.

Keywords: marginality, marginal personality, miscommunication, subject of miscommunication, social service workers, professional marginality, communicative competence, professional identity.

Information about author:

Uzlov Nikolay, Candidate of Medical Sciences, Professor of Natural and Humanitarian Sciences Department, Berezniki Branch of Perm State National Research University. 33, Lenina ul., Berezniki, Permskiy Krai, 618400, Russia. Tel. +7 (3424) 26-90-32. *knots51@mail.ru*.

Поступила: 04.02.2015

Received: 04.02.2015

УДК 613.88-021.462
ББК Р705.1+Ю974.21.5

ЛЮБОВНЫЕ АДДИКЦИИ

А.Ю. Егоров

*Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова
Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия*

Любовные аддикции были одними из первых нехимических зависимостей, описанных в специальной литературе [24. 30]. Любовная аддикция (патологическая любовь) – это поведение, которое характеризуется повторяющимся и неконтролируемым романтическим проявлением заботы и внимания к партнеру [31].

На сегодня недостаточно данных, чтобы классифицировать некоторые случаи «любовной страсти» в рамках клинического расстройства с названием «любовная зависимость» в официальной диагностической номенклатуре или классифицировать его как поведенческую зависимость или расстройство импульсного управления [27]. Кроме того, на настоящий момент отсутствует единое понимание природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике данного расстройства.

В предложенной классификации нехимических (поведенческих) зависимостей мы отнесли любовные аддикции наряду с сексуальными и смешанными любовно-сексуальными к группе эротических аддикций [1,2]. Общим признаком эротических аддикций является фиксация зависимости на другом человеке. Ранее Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [4] выделяли три вида аддикций отношений – любовные, сексуальные и избегания, которые соотносятся друг с другом.

Большинство исследователей выделяют два вида эротических аддикций – любовную и сексуальную, у которых существуют общие признаки [см. 1]:

- постоянный поиск сексуального партнера или новых романтических отношений;
- неспособность или неудобство от пребывания в одиночестве;
- постоянный выбор партнеров, которые жестоки и эмоционально не подходят;

- использование секса, обольщения или интриги, чтобы «подцепить» или удержать партнера;
- использование секса или интенсивных чувств, чтобы противостоят негативному опыту или эмоциям;
- неуместные сексуальные связи или романтические отношения;
- игнорирование интересов семьи, карьеры, чтобы поддержать и сохранить сексуальные или романтические отношения;
- когда отношения существуют, ощущают себя обделенным и несчастным, а вне отношений – ощущение безнадежности и одиночества;
- неоднократные попытки избежать секса и любовных отношений в течение длительного времени, чтобы «решить проблему»;
- неспособность прекратить нездоровые отношения, несмотря на многочисленные клятвы и обещания себе и другим;
- возврат к прежним нездоровым отношениям, несмотря на многочисленные клятвы и обещания себе и другим.

Любовная аддикция может быть определена как аддикция к любовным отношениям с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они получили название *соаддиктивных*, или *созависимых*. Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность как в положительном, так и в отрицательном отношении. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т.д. [4].

Со взглядом, что любовные аддикты находятся исключительно в созависимых отношениях, категорически не согласна С. Пибоди, автор книги «Аддикция к любви: побеждая навязчивость и зависимость во взаимоотношениях» [23]. Она считает, что любовная аддикция существует самостоятельно, а созависимость – это одно из нескольких существующих личностных расстройств. Основываясь на опыте работы в Обществе анонимных любовных аддиктов, С. Пибоди предложила свою типологию любовных аддиктов:

- *навязчивые любовные аддикты* не отпускают своих партнеров, даже если последние холодны эмоционально и сексуально, эгоцентричны, жадны, боятся близости, интимности, общения и/или зависимы от чего-то на стороне – алкоголя, наркотиков, секса, отношений, хобби, гемблинга и т.д.;

- *созависимые любовные аддикты* чаще всего распознаются. Они соответствуют психологическому профилю созависимой личности. *Большинство* из них страдает от низкой самооценки и имеет предсказуемый модус мышления, чувств и поведения. Из-за постоянного ощущения угрозы, тревоги они стараются отчаянно любыми средствами удержать при себе человека, по отношению к которому они находятся в созависимых отношениях. Для этого они попеременно выступают в роли спасателя, обвинителя и жертвы, стремятся мелочно контролировать любую деятельность партнера, терпеть его невнимание и злоупотребления. В целом, созависимые любовные аддикты стремятся всячески продемонстрировать свою заботу по отношению к партнеру, стать незамеченным, надеясь, что благодаря этому не будут брошены;

- *аддикты отношений* в отличие от других любовных аддиктов больше не любят своих партнеров, но не оставляют их. Обычно они столь несчастны, что отношения влияют на их здоровье, душевный и эмоциональный покой. Даже находясь в страхе от физического насилия со стороны партнера, они не уходят. Они боятся перемен, а более всего – остаться в одиночестве. Они не желают причинять боль или сами покидать своих партнеров, при этом ненавидя последних за то, что те «не отпускают» их;

- *нарциссические любовные аддикты* используют влияние, оболъщение и воздержание, чтобы контролировать своих партнеров. В отличие от созависимых, которые готовы мириться с массой неприятностей, нарциссы не желают принимать все, что мешает их счастью. Они эгоцентричны, и их низкая самооценка прячется под маской собственной грандиозности. По отношению к своим партнерам ведут себя отчужденно и равнодушно, избегая интимности, ровно до того момента, когда наступает реальная угроза прекращения отношений. Тогда они впадают в панику и начинают использовать любые средства, чтобы удержать партнера, включая насилие. Многие специалисты отрицают возможность нарциссов становиться любовными аддиктами. Это, по-видимому, связано с тем, что нарциссы редко обращаются за помощью и лечением;

- *амбивалентные любовные аддикты* являются психопатами шизоидного круга (уклоняющееся расстройство личности по DSM-IV). У них нет *проблемы*, чтобы уйти – в романтических отношениях они не могут двигаться вперед. Они страстно желают любви, но в то же время боятся интимности. Такое сочетание чувств мучи-

тельно. Существуют разные формы амбивалентных любовных аддиктов:

- *несущие факел* (torch bearers) – это те аддикты, которые проявляют навязчивость к лицам, которые недоступны. Это может проявляться без активных действий (страдание в молчании) или преследованием любимых лиц. Эта аддикция основывается на фантазиях и иллюзиях; трактуется как безответная любовь;

- *саботажники* – это любовные аддикты, которые разрушают отношения, когда они становятся серьезными или когда усиливается страх интимности. Он может возникнуть в любое время: перед свиданием, после свидания, после сексуального контакта, после появления ответных чувств у объекта любви и т.д.;

- *обольстительные аскеты* (seductive withholders) всегда появляются у вас, когда хотят секса или дружеских отношений. Когда они чувствуют опасность, то начинают избегать секса, дружеских отношений, проявлений чувств, т.е. всего, что их пугает. Если в этой ситуации они прекращают отношения, то скорее – это саботажники, а если сохраняют – то это истинные обольстительные аскеты;

- *романтические аддикты* – это те, которые зависимы от нескольких партнеров. В отличие от сексуальных аддиктов, которые стремятся избежать прочных связей, романтические аддикты привязываются к каждому партнеру, даже если связь оказывается скоротечной или происходит одновременно с несколькими. Под «романтическим» понимаются сексуальная страсть и псевдоэмоциональная близость. Из-за этого романтических аддиктов часто путают с сексуальными.

С. Пибоди [23] отмечает также наличие как смешанных типов любовных аддиктов, так и частое сочетание любовной аддикции с другими типами химических и нехимических зависимостей.

Данные о распространенности любовных аддикций в популяции весьма малочисленны. Д. Кук [11] в своем исследовании 604 студентов американских колледжей сообщил, что любовная аддикция – это самая распространенная аддикция и встречается более чем у $\frac{1}{4}$ выборки. Сходные данные были получены на выборке канадских студентов [8]. Позже на выборке 948 студентов колледжей В. Макларен и Д. Бэст [18] обнаружили любовную аддикцию в варианте аддикции избегания (см. ниже) в 11,9% случаев. В одном из последних исследований приводится цифра 34,3%:

так оцениваются проявления любовной аддикции у американских старших школьников в течение предыдущей жизни [32]. Вероятно, такие высокие показатели связаны с особенностями выборок – молодые люди, студенты. Между тем большинство исследователей оценивают распространенность любовной и сексуальной аддикции в популяции взрослых людей от 3% до 6% [15, 33]. Некоторые уточняют, что на каждую из эротических аддикций приходится примерно по 3% [34].

Выявлены определенные нейробиологические корреляты любовной аддикции. Так М. Рейно [28] утверждает, что нейробиологические модели всех зависимостей могут быть применены и к любовной аддикции: объект зависимости переоценивается. Уровень награды при реализации аддикции и память об этом провоцирует мотивацию: простое желание стало необходимостью, а кортикального контроля поведения стало недостаточно. Для аддиктивной любви, как и для других зависимостей, уровень дофамина определяет объем удовольствия. Любовь и ПАВ являются мощными модуляторами уровня передачи дофамина, а значит, и степени удовольствия. Окситоцин вовлечен в формирование любовной аддикции, и его роль также поможет понять механизмы ее формирования.

Как подтвердили нейровизуализационные исследования, в нейробиологию любовной аддикции вовлечена система награды. Так А. Арон с коллегами [9] также провели ФМРТ исследование 10 женщин и 7 мужчин, которые были в состоянии интенсивной влюбленности, во время просмотра фотографий своих любимых (экспериментальная задача) и фотографии знакомого лица (контроль). По сравнению с контрольной задачей, при экспериментальной задаче отмечалось увеличение уровня кислорода в крови в хвостатом ядре (в правой медиальной и правой задней дорзальной частях и билатерально – в передней дорзальной части). Значительный локус активации был также найден в правой вентральной области покрышки (VTA). Активация в переднемедиальном хвостатом ядре коррелирует с уровнем показателей Шкалы страстной любви. В другой работе было показано, что все виды любви (романтическая, материнская, безответная) связаны регионами, являющимися структурами мозговой системы награды (напр., хвостатое ядро, скорлупа) [см. 10].

Чувство романтической любви, стремление к взаимности в любви связано не только с активацией мезолимбической дофаминовой системы, но и с субъективным ощущением крейвинга [12].

Как отмечал почти четверть века назад Т. Тиммрек [36], термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления прежнего, доставляющего удовольствие уровня отношений с бывшим объектом любви. Дисфункциональные эмоциональные состояния, такие, как недоверие, чувство отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, чувство неудачи, потери, и масса других отрицательных эмоций и саморазрушающих моделей поведения возникают в эмоционально раненом любовном аддикте. На отсутствие настоящей интимности в отношениях при любовной аддикции указывает Е. Нельсон с коллегами [21].

Из факторов риска любовной аддикции описаны низкая самооценка, чувство гнева, эмоциональная депривация, случаи насилия и дистресс, особенно в детстве, а также злоупотребление психоактивными веществами [31]. По мнению И.Н. Хмарука [6], факторами, способствующими провоцированию любовных (эротических) аддикций, являются: утрата объекта эротической привязанности (реальная или мнимая), утрата уверенности в позитивном отношении с его стороны, угроза расставания на фоне нарастающего конфликтного взаимодействия либо ситуация «любовного треугольника».

По мнению И.Н. Хмарука [6], значимость проблематики любовных (эротических) аддикций заключается в том, что они:

- поражают преимущественно лиц молодого возраста;
- приводят к быстрой десоциализации этих людей, которая ведет к значительному прямому и косвенному экономическому ущербу для каждого из них, их семей и общества в целом;
- повышают уровень аутодеструктивного и аутоагрессивного поведения у аддиктов;
- повышают уровень суицидального риска;
- повышают криминализацию и виктимизацию пациентов;
- имеют большое количество коморбидных расстройств;

По мнению И.Н. Хмарука и Ю.С. Степановой [7], любовные (эротические) аддикции можно рассматривать как форму болезни нехимически зависимого поведения, которая соответствует таксону F63.8 МКБ-10 – Другие расстройства привычек и влечений. Для любовных аддикций, как и для других форм зависимого поведения, характерны такие клинические проявления, как:

- трудно контролируемая тяга к повторному совершению поведенческих актов;

- сниженная способность контролировать эти действия по ходу эпизода;
- отсутствие ясной рационализации мотивов этих действий, причиняющих психологический, социальный и правовой ущерб как самому пациенту, так и его окружению;
- поглощенность реализацией аномального влечения.

Вместе с тем среди психотерапевтов преимущественно аналитического направления высказываются сомнения в существовании любовной (и даже сексуальной) аддикции как собственно аддиктивного феномена [5].

Признаки любовных аддикций, описанные Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой [4], заключаются в следующем:

1. Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.

2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.

3. Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношение к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в центре которых стоит страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, который присутствует на уровне сознания, – это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Признаки *аддикции избегания*:

1. Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любовным аддиктом). Аддикт избегания проводит

время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любовным аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любовным аддиктом – они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.

2. Стремление к избеганию интимного контакта с использованием техник психологического дистанцирования. На уровне сознания у аддикта избегания находится страх интимности. Аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем. На подсознательном уровне – это страх покинутости. Он приводит к желанию восстановить отношения, но держать их на дистантном уровне.

Процесс аддикции позволяет выделить в нем несколько этапов:

1. Период, при котором интенсивные эмоциональные переживания будут иметь положительный знак. Этап знакомства аддиктов: аддикт избегания производит впечатление на любовного аддикта.

2. Развитие фантазирования. Происходит связь ранее имевшихся фантазий с реальным объектом, что несет радость и чувство освобождения от неприятных ощущений жизни как неинтересной и серой. Любовный аддикт на пике фантазирования проявляет все большую требовательность к партнеру, что способствует уходу аддикта избегания от этих отношений.

3. Развитие осознания того, что в отношениях не все в порядке. На каком-то этапе любовному аддикту приходится признать, что его покидают. Появляются явления отнятия, для которых характерны депрессия, дистимия и безразличие. Начинается анализ произошедшего с целью вернуть все назад. Отношения разрушаются, но в будущем могут быть восстановлены либо с прежним, либо с другим партнером.

В отношениях аддиктов отсутствуют здоровые разграничения, без которых невозможны интимность между партнерами, признание права на собственную жизнь. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения и оскорбления.

Вместе с тем любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие «знакомых» психологических черт. Несмотря на то, что черты, привлекающие у другого, могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, они привычны с дет-

ства и напоминают ситуацию переживаний детства. Возникает влечение к знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктами. Они кажутся им скучными, непривлекательными; они не знают, как себя с ними вести.

Существуют факторы, способствующие влечению любовных аддиктов к аддиктам избегания:

- привлекательность того, что знакомо;
- привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что «раны детства» могут быть излечены на новом уровне;
- привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

Из психологических особенностей любовных аддиктов отмечают высокий уровень импульсивности, повышенный уровень ожидания, отрыв от реальности и стремление сохранять неудовлетворяющие романтические отношения (Sophia EC, 2009).

Отечественное психологическое исследование женщин разного возраста (от 23 до 50 лет), склонных к любовной аддикции, выявило у них более высокий уровень тревожности, ригидности, экстернальности, депрессии, сниженную самооценку. Кроме того, у них отмечались специфические глубинные конфликты, создающие в ряду других факторов почву для развития аддиктивного поведения. Любовная аддикция чаще отмечалась в более молодой возрастной группе – до 30 лет [3].

Для диагностики любовной аддикции используется «Скрининг-тест любовной аддикции» [17] и тест «Сорок вопросов на самодиагностику любовной аддикции» [14].

В последнее десятилетие в зарубежной литературе описывается вариант любовной аддикции – сталкерство (stalking, от английского глагола – to stalk – красться, идти крадучись), которое проявляет собой варианты поведения, включающие повторные и продолжающиеся попытки навязать другому человеку нежелаемое знакомство и/или контакт. Знакомство и общение могут осуществляться по телефону, в письмах, с помощью электронной почты, граффити; контакт осуществляется при приближении к жертве, ее сопровождении и постоянной слежке. [19]. Сталкерство в значительной степени является культуральным феноменом, распространенным преимущественно в западной цивилизации, и несет реальную угрозу жертвам этого явления [20]. М. Зона с коллегами [37] описал три группы сталкеров: эротоманы (сексуальные аддикты),

невротики-ананкасты и сталкеры с навязчивой любовью (любовные аддикты). На наш взгляд, поведение, напоминающее сталкерство, может наблюдаться и у психотических больных с бредом любовного очарования (аутистической влюбленностью).

В свою очередь, П. Мюллен с соавт. [19] выделил пять групп сталкеров, различающихся по мотивам сталкерства: отвергнутые, ищущие интимность, социально отвергнутые, обиженные и хищники. Угрожают своим жертвам и портят их имущество чаще обиженные сталкеры, а на прямое нападение чаще идут отвергнутые и хищники. Сталкерство распространено и среди женщин, причем мотивация при этом отличается от сталкеров-мужчин. Наиболее типичным у женщин-сталкеров является стремление добиться максимальной интимности от жертвы, которую она ранее знала, играя при этом роль профессионального «спасителя» [26]. В последнее время появились сообщения об Интернет-формах сталкерства [16]. На данный момент феномен сталкерства в России с медицинских позиций научно не исследовался.

Нередко объектом сталкеров становятся врачи, в первую очередь психиатры и психотерапевты. По мнению австралийских исследователей, это – две группы сталкеров: 1) пациенты, культивирующие в себе романтические или инфантильные ожидания, которые приводят их к надеждам на установление отношений. Эти надежды могут усилиться на основе бредовых убеждений (эротоманический бред), а также необоснованных предположений, что доктор «одинок и доведен до отчаянья», либо нереалистических ожиданий возможности быть просто поклонником; 2) пациенты, культивирующие в себе возмущение против профессионалов-врачей, обычно основанное на предполагаемом ятрогенном нанесении вреда или преступной халатности [22].

Сталкерство характерно и для лиц молодого возраста. Исследование 299 несовершеннолетних сталкеров показало, что почти 2/3 (64%) из них были лицами мужского пола, а их жертвами – преимущественно женщины (69%). Преследованию почти всегда (98%) подвергался ранее знакомый персонаж. Сталкерство осуществлялось в виде нежелательных встреч (76%), телефонных звонков или текстовых сообщений (67%). Угрозы (75%), а также физические и сексуальные нападения (54%) были обычным явлением [25].

Вместе с тем следует отметить и некоторые положительные стороны любовной аддикции. В этом смысле уместно вспомнить Х. Фишер [13], которая писала, что романтическая любовь являет-

ся конструктивной формой аддикции, когда она взаимна, и деструктивной, когда любовь отвергается. Любовь может стать спасительной заместительной аддикцией, которая приходит на смену химической зависимости. С. Зуссман с коллегами [34] отмечает, что наркомания, сильная романтическая любовь (любовная зависимость) и вера во Всевышнего во многом схожи. Во-первых, все три типа поведения влияют на мозговую систему мотивации – награды (вентральная область покрышки – прилежащее ядро). Во-вторых, все три типа поведения могут быть использованы для улучшения настроения. Употребление наркотиков, романтическая любовь и молитвы Всевышнему могут вызвать выраженные изменения аффекта, которые имеют большую интенсивность, чем те, которые возникают при реализации обычных приятных поведенческих актов. В-третьих, может возникнуть эмоциональная и психологическая зависимость от объекта поведения: приема наркотиков, объекта любви или Высшей Силы. Известно, что в терапевтических целях зависимость от Высшей Силы поощряется в 12-шаговых программах. В-четвертых, при лишении объекта поведения возникает тяга и другие симптомы отмены. И, наконец, в-пятых, озабоченность поисками и приемом наркотика, отношениями с романтическим партнером или Всевышним достигает такой силы, что пренебрегаются другие жизненные возможности и обязанности, чтобы продолжить постоянную связь с объектом поведения. Все это позволяет использовать любовь и веру в лечебно-реабилитационных целях.

Сходные мысли высказывает и К. Торкидсен с коллегами [35]. Они рассматривают любовь с позиций герменевтики как жертву, подчеркивая этический аспект этой жертвы, ее вовлеченность в онтологические страдания пациента. Жертва связана с верой, а вера в любовь имеет решающее значение для жизни без наркотиков.

Мотивами обращения за психологической и психотерапевтической помощью лиц с признаками любовной аддикции в ситуации кризиса эмоционально значимых отношений, по наблюдению И.Н. Хмарука и Ю.С. Степановой [7], было:

1) потребность в эмпатической поддержке, принятии («желание поговорить, выплакаться, выговориться») – как результат острой реакции на стресс);

2) желание найти одобрение (либо оправдание) своего поведения у врача-психотерапевта или консультанта-психолога;

3) желание найти поддержку в осуждении «недостойного (плохого)» поведения партнера;

4) желание получить «психологический анализ» причин поведения партнера с целью «повлиять на него» («сделать так, что он (она) понял»);

5) потребность разобраться в истинных причинах произошедшего с целью найти способы конструктивного разрешения сложившейся ситуации.

Если говорить о терапевтической помощи любовным аддиктам, то сегодня наиболее распространенной является психотерапия в рамках посещения групп анонимных любовных аддиктов, анонимных сексуальных и любовных аддиктов, работающих на тех же принципах, что и анонимные алкоголики, т.е. по программе 12 шагов. При любовной и сексуальной аддикции в рамках программы 12 шагов между аддиктом и терапевтом заключается договор о любовной и сексуальной трезвости. Это может означать либо полную трезвость, либо полное воздержание от каких-либо романтических или сексуальных связей вне официального брака или партнерства. Имеются также отдельные программы для созависимых родственников: S-Anon – для жен сексоголиков, COSLAA (CO-Sex and Love Addicts Anonymous) – для созависимых жен и партнеров любовных и сексуальных аддиктов, RCA (Recovering Couples Anonymous) – анонимных выздоравливающих пар [29].

Для лечения любовной аддикции А. Лорена с коллегами [цит. по 1] предложил вариант аналитически ориентированной психодрамы, которая проводилась для укрепления межличностных отношений через содействие психологическому инсайту, улучшение самооценки, что способствовало развитию более здоровых отношений. Вся терапевтическая интервенция состояла из 18 еженедельных сессий.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что любовь – это самая сильная из всех эмоций. Когда мы влюбляемся, мы испытываем удивительную эйфорию, теряется контроль, возрастает время, которое мы уделяем объекту любви, не говоря о мощной мотивации постоянно находиться с ним рядом. Все в любимом нас привлекает, и это приводит нас в необратимую зависимость от него. Психология человеческой любви и химической зависимости имеет значительное сходство на каждом уровне процесса: от начальных встреч с объектом пристрастия до расставания с ним. Рассмотрение разных вариантов любовных аддикций («патологической любви») как одной из нехимических форм аддиктивного поведения открывает новые перспективы изучения этого сложного феномена и терапевтических возможностей с позиций аддиктологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб.: Речь, 2007.
2. Егоров А.Ю. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 5, вып. 2. С. 9–14.
3. Кондрашихина О.А., Моисеева В.В. Предикторы любовных аддикций у женщин: возрастной аспект // Горизонты образования. 2014. Т. 42, № 2. С. 46–53.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 460 с.
5. Усков А.Ф. Неистребимая аддикция к жизни // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 5–8.
6. Хмарук И.Н. Патологическая любовь как форма болезни зависимого поведения // Бехтерев В.М. и современная психология: материалы докладов на рос. науч.-практ. конф. (Казань, 29-30 сентября 2005 г.). Казань: Центр инновационных технологий, 2005. Вып. 3, т. 2. С. 316–321.
7. Хмарук И.Н., Степанова Ю.С. Социально-психологическая predisпозиция формирования эротических аддикций // Бехтерев В.М. и современная психология: материалы докладов на рос. науч.-практ. конф. (Казань, 29-30 сентября 2005 г.). Казань: Центр инновационных технологий, 2005. Вып. 3, т. 2. С. 332–338.
8. Alexander B.K., Schweighofer A.R.F. The prevalence of addiction among university students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1989, vol. 2, pp. 116–123.
9. Aron A., Fisher H., Mashek D.J., Strong G., Li H., Brown L.L. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 2005, vol. 94, pp. 327–337.
10. Beauguard M., Courtemanche J., Paquette V., St-Pierre É.L. The neural basis of unconditional love. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2009, vol. 172, no. 2, pp. 93–98.
11. Cook D. R. Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1987, vol. 1, pp. 55–61.
12. Fisher H.E., Brown L.L., Aron A., Strong G., Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, 2010, vol. 104, pp. 51–60.
13. Fisher H.E. Why we love: The nature and chemistry of romantic love. New York, Holt, 2004.
14. Forty Questions for Self Diagnosis of Love Addiction. Available at: http://www.slaafws.org/download/core-files/The_40_Questions_of_SLAA.pdf.
15. Freimuth M., Waddell M., Stannard J., Kelley S., Kipper A., Richardson A., Szurumi I. Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2008, vol. 3, pp. 137–160.
16. Hitchcock J.A. Net crimes and misdemeanors: Outmaneuvering the spammers, swindlers, and stalkers. Who are targeting you online. Medford, Information Today, 2002, 359 p.
17. Love Addiction Screening Test (LAST). Available at: <http://centerforhealthysex.com/sex-therapy-resources/love-addiction-test>.
18. MacLaren V.V., Best L.A. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 2010, vol. 35, pp. 252–255.
19. Mullen P.E., Pathé M., Purcell R., Stuart G.W. Study of Stalkers. *Am. J. Psychiatry*, 1999, vol. 156, pp. 1244–1249.

20. Mullen P.E., Pathé M., Purcell R. Stalking: new constructions of human behavior. *Australian N. Z. J. Psychiatry*, 2005, vol. 39, no. 3, pp. 204.
21. Nelson E.S., Hill-Barlow D., Benedict J.O. Addiction versus intimacy as related to sexual involvement in a relationship. *J. Sex. Marital Ther*, 1994, vol. 20, no. 1, pp. 35–45.
22. Pathé M., Purcell R., Mullen G.W. Patients who stalk doctors: their motives and management. *Med. J. Australia*, vol. 176, no. 7, pp. 335–338.
23. Peabody S. Addiction to love: Overcoming obsession and dependency in relationships. Berkeley, 1989.
24. Peele S., Brodsky A. Love and addiction. New York, 1975.
25. Purcell R., Moller B., Flower T., Mullen P.E. Stalking among juveniles. *Br. J. Psychiatry*, 2009, vol. 194, no. 5, pp. 451–455.
26. Purcell R., Pathé M., Mullen P.E. A study of women who stalk. *Am. J. Psychiatry*, 2001, vol. 58, no. 12, pp. 2056–2060.
27. Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2010, vol. 36, no. 5, pp. 261–267.
28. Reynaud M. L'addiction amoureuse existe-t-elle? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2010, vol. 168, iss. 7, pp. 516–523.
29. Schneider J.P., Irons R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse. *Subst. Use Misuse*, 2001, vol. 36, no. 13, pp. 1795–1820.
30. Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look. *Am. J. Psychoanal*, 1982, vol. 42, no. 3, pp. 253–263.
31. Sophia E.C., Tavares H., Berti M.P., Pereira A.P., Lorena A., Mello C., Gorenstein C., Zilberman M.L. Pathological love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectr*, 2009, vol. 14, no. 5, pp. 268–274.
32. Sussman S., Arpawong T.E., Sun P., Tsai J., Rohrbach L.A., Spruijt-Metz D. Prevalence and co-occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *J. Behav. Addict*, 2014, vol. 3, no. 1, pp. 33–40.
33. Sussman S. Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2010, vol. 17, pp. 31–45.
34. Sussman S., Lisha N., Griffiths M.D. Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation and the Health Professions*, 2011, vol. 34, pp. 3–56.
35. Thorkildsen K.M., Eriksson K., Råholm M.B. The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scand. J. Caring. Sci.*, 2014, Sep. 23. doi: 10.1111/scs.12171 [Epub ahead of print].
36. Timmreck T.C. Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychol. Rep.*, 1990, vol. 66, no. 2, pp. 515–528.
37. Zona M.A., Sharma K.K., Lane J. A comparative study of erotomaniac and obsessional subjects in a forensic sample. *J. Forensic Sci.*, 1993, vol. 38, pp. 894–903.

REFERENCES

1. Egorov A.Yu. *Nehimicheskie zavisimosti* [Non-chemical addictions]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007.
2. Egorov A.Yu. *Addiksiya k pokupkam (kompul'sivnyi shopping)* [Purchase addiction (compulsive shopping)]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Neurology and Psychiatry Journal], 2014, vol. 114, no. 5, iss. 2, pp. 9–14.

3. Kondrashihina O.A., Moiseeva V.V. *Prediktory lyubovnykh addiktсии u zhenshchin: vozrastnoi aspekt* [Love addiction predictors for women: the role of age]. *Gorizonty obrazovaniya* [Education Horizons], 2014, vol. 42, no. 2, pp. 46–53.
4. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Sotsiodinamicheskaya psikhiiatriya* [Socio-dynamic psychiatry]. Moscow, Akademicheskii Proekt Publ.; Ekaterinburg, Delovaya kniga Publ., 2000, 460 p.
5. Uskov A.F. *Neistrebimaya addikiya k zhizni* [Ineradicable life addiction]. In: Dauling S., ed. *Psihologiya i lechenie zavisimogo povedeniya* [Psychology and treatment of addictive behaviour]. Moscow, Klass Publ., 2000, pp. 5–8.
6. Hmaruk I.N. *Patologicheskaya lyubov' kak forma bolezni zavisimogo povedeniya* [Pathological love as the form of additive behavior disorder]. *Behtereв V.M. i sovremennaya psihologiya: materialy dokl. na ros. nauch.-prakt. konf.* [Proc. of Rus. Conf. «V.M. Bekhterev and modern psychology»]. Kazan, Innovative Technologies Center Publ., 2005, iss. 3, vol. 2, pp. 316–321.
7. Hmaruk I.N., Stepanova Yu.S. *Sotsial'no-psikhologicheskaya predispozitsiya formirovaniya eroticheskikh addiktсии* [Socio-psychological predisposition of erotic addiction formation]. *Behtereв V.M. i sovremennaya psihologiya: materialy dokl. na ros. nauch.-prakt. konf.* [Proc. of Rus. Conf. «V.M. Bekhterev and modern psychology»]. Kazan, Innovative Technologies Center Publ., 2005, iss. 3, vol. 2, pp. 332–333.
8. Alexander B.K., Schweighofer A.R.F. The prevalence of addiction among university students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1989, vol. 2, pp. 116–123.
9. Aron A., Fisher H., Mashek D.J., Strong G., Li H., Brown L.L. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 2005, vol. 94, pp. 327–337.
10. Beauregard M., Courtemanche J., Paquette V., St-Pierre É.L. The neural basis of unconditional love. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2009, vol. 172, no. 2, pp. 93–98.
11. Cook D. R. Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1987, vol. 1, pp. 55–61.
12. Fisher H.E., Brown L.L., Aron A., Strong G., Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, 2010, vol. 104, pp. 51–60.
13. Fisher H.E. *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. New York, Holt, 2004.
14. Forty Questions for Self Diagnosis of Love Addiction. Available at: http://www.slaafws.org/download/core-files/The_40_Questions_of_SLAA.pdf.
15. Freimuth M., Waddell M., Stannard J., Kelley S., Kipper A., Richardson A., Szuromi I. Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2008, vol. 3, pp. 137–160.
16. Hitchcock J.A. *Net crimes and misdemeanors: Outmaneuvering the spammers, swindlers, and stalkers. Who are targeting you online*. Medford, Information Today, 2002, 359 p.
17. Love Addiction Screening Test (LAST). Available at: <http://centerforhealthsex.com/sex-therapy-resources/love-addiction-test>.
18. MacLaren V.V., Best L.A. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 2010, vol. 35, pp. 252–255.

19. Mullen P.E., Pathé M., Purcell R., Stuart G.W. Study of Stalkers. *Am. J. Psychiatry*, 1999, vol. 156, pp. 1244–1249.
20. Mullen P.E., Pathé M., Purcell R. Stalking: new constructions of human behavior. *Australian N. Z. J. Psychiatry*, 2005, vol. 39, no. 3, pp. 204.
21. Nelson E.S., Hill-Barlow D., Benedict J.O. Addiction versus intimacy as related to sexual involvement in a relationship. *J. Sex. Marital Ther.*, 1994, vol. 20, no. 1, pp. 35–45.
22. Pathé M., Purcell R., Mullen G.W. Patients who stalk doctors: their motives and management. *Med. J. Australia*, vol. 176, no. 7, pp. 335–338.
23. Peabody S. Addiction to love: Overcoming obsession and dependency in relationships. Berkeley, 1989.
24. Peele S., Brodsky A. Love and addiction. New York, 1975.
25. Purcell R., Moller B., Flower T., Mullen P.E. Stalking among juveniles. *Br. J. Psychiatry*, 2009, vol. 194, no. 5, pp. 451–455.
26. Purcell R., Pathé M., Mullen P.E. A study of women who stalk. *Am. J. Psychiatry*, 2001, vol. 58, no. 12, pp. 2056–2060.
27. Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2010, vol. 36, no. 5, pp. 261–267.
28. Reynaud M. L'addiction amoureuse existe-t-elle? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2010, vol. 168, iss. 7, pp. 516–523.
29. Schneider J.P., Irons R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse. *Subst. Use Misuse*, 2001, vol. 36, no. 13, pp. 1795–1820.
30. Simon J. Love: addiction or road to self-realization, a second look. *Am. J. Psychoanal*, 1982, vol. 42, no. 3, pp. 253–263.
31. Sophia E.C., Tavares H., Berti M.P., Pereira A.P., Lorena A., Mello C., Gorenstein C., Zilberman M.L. Pathological love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectr*, 2009, vol. 14, no. 5, pp. 268–274.
32. Sussman S., Arpawong T.E., Sun P., Tsai J., Rohrbach L.A., Spruijt-Metz D. Prevalence and co-occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *J. Behav. Addict*, 2014, vol. 3, no. 1, pp. 33–40.
33. Sussman S. Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2010, vol. 17, pp. 31–45.
34. Sussman S., Lisha N., Griffiths M.D. Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation and the Health Professions*, 2011, vol. 34, pp. 3–56.
35. Thorkildsen K.M., Eriksson K., Råholm M.B. The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scand. J. Caring. Sci.*, 2014, Sep. 23. doi: 10.1111/scs.12171 [Epub ahead of print].
36. Timmreck T.C. Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychol. Rep.*, 1990, vol. 66, no. 2, pp. 515–528.
37. Zona M.A., Sharma K.K., Lane J. A comparative study of erotomaniac and obsessional subjects in a forensic sample. *J. Forensic Sci.*, 1993, vol. 38, pp. 894–903.

Егоров А.Ю. Любовные аддикции // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 64–81.

Аннотация. Любовная аддикция (ЛА) может быть определена как аддикция к любовным отношениям с фиксацией на другом человеке. ЛА была одной из первых нехимических зависимостей, описанных в специальной литературе. В ряду нехимических (поведенческих) зависимостей ЛА относится к группе эротических аддикций. В настоящее время отсутствует единое понимание природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике ЛА. В обзоре приводятся современные данные о клинических проявлениях, диагностике, эпидемиологии, психологическом профиле, гендерных особенностях ЛА. Рассматриваются проявления ЛА как соаддиктивные отношения любовного аддикта и аддикта избегания. Приводятся результаты исследований, подтверждающих общие нейробиологические основы ЛА и зависимости от психоактивных веществ. Особое место уделяется стalkerству как форме ЛА, которое проявляет собой варианты поведения, включающие повторные и продолжающиеся попытки навязать другому человеку нежеланное знакомство и (или) контакт. Отмечается, что стalkerство в значительной степени является культурным феноменом, распространенным преимущественно в западной цивилизации, которое может нести реальную угрозу жертвам этого явления. Указывается, что поведение, напоминающее стalkerство, может наблюдаться и у психотических больных с бредом любовного очарования. Рассматриваются возможные подходы к терапии и коррекции ЛА: в частности, психотерапия в рамках посещения групп анонимных любовных аддиктов, анонимных сексуальных и любовных аддиктов, а также аналитически ориентированная психодрама. В заключение подчеркивается, что психология человеческой любви и химической зависимости имеет значительное сходство на каждом уровне процесса: от начальных встреч с объектом пристрастия до расставания с ним. Рассмотрение разных вариантов ЛА («патологической любви») как одной из нехимических форм аддиктивного поведения открывает новые перспективы изучения этого сложного феномена и терапевтических возможностей с позиций аддиктологии.

Ключевые слова: любовная аддикция, нехимические (поведенческие) зависимости, стalkerеры.

Информация об авторе:

Егоров Алексей Юрьевич, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, 194223, Санкт-Петербург, пр. Тореза, 44, ИЭФБ РАН, тел. +7 812 5527901, draegorov@mail.ru.

Egorov A. Yu. Lyubovnye addiksii [Love addictions] (Russian). Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 64–81.

Abstract. Love addiction (LA) can be defined as addiction to love relationships with fixation on another person. In a series of non-chemical (behavioral) addictions LA belongs to a group of erotic addictions. This overview contains up-to-date data on clinical manifestations, diagnosis, epidemiology, psychological profile, gender peculiarities of LA and the results of the studies confirming a general neurobiological nature of LA and its dependence on psychoactive substances. The author regards manifestations of LA as coaddictive relationship between a love addict and an avoidance addict, paying special attention to stalking as a form of LA, offering possible approaches to the treatment and correction of LA.

Keywords: love addiction, non-chemical (behavioural) dependency, stalkers.

Information about author:

Egorov Aleksei, M.D., Head of Laboratory of Behavior Neurophysiology and Pathology, I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry of the Russian Academy of Sciences, Professor of Psychiatry and Addictions Department, Medical Faculty, St. Petersburg State University. 44, Toreza pr., St. Petersburg, 194223, Russia. Tel. +7 812 5527901, *draegorov@mail.ru*.

Поступила 10.03.2015

Received 10.03.2015

УДК 159.9:616.1-003.96

ББК Ю971.1-21

АДАПТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Проблема здоровья личности занимает одно из центральных мест в современной теоретической и прикладной психологии [39]. Это отражает, с одной стороны, необходимость развития личностно-центрированных подходов в клинической практике [40, 83–85], совершенствования психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи населению [52, 53], а также растущий интерес ученых и специалистов к социокультурному и духовному контексту здоровья [59, 61, 75]. С другой стороны, исследователи все чаще обращают внимание на тонкую грань, которая отделяет хорошо адаптированную здоровую личность от личности дезадаптированной с высоким риском развития самых разнообразных заболеваний [18, 60, 63, 69]. Причем это касается не только взрослых, но и детей [38]. В связи с чем в данном обзоре представлены результаты анализа по материалам научных публикаций и диссертационных работ, выполненных на стыке медицины и психологии, с целью раскрыть общие и частные закономерности личностной адаптации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являющимися одной из важных проблем современной клинической медицины.

Состояние болезни является одной из частых жизненных ситуаций, в которой оказывается человек, когда нарушается нормальное протекание адаптационных процессов. В соответствии с представлениями Ф.Б. Березина, напряженность процесса психической адаптации приводит к ряду соматических сдвигов посредством реализации гипоталамических влияний через нервные пути, систему рилизинг-факторов и тропных гормонов гипофиза, через изменения вегетативно-гуморального регулирования. Гормоны и медиаторы, участвующие в этом регулировании, в свою очередь, оказывают воздействие на механизмы включения и поддержания определенных психических, в частности эмоциональных, состояний

[12]. Близкие идеи об адаптационных процессах содержатся и в концепции С.Б. Семичова о предболезненных состояниях [71].

В.А. Ананьевым [9] введено понятие «структурный аттрактор болезни». Так обозначены функциональные многоуровневые патологические психосоматические системы, которые формируются в процессе онтогенетического развития индивидуума на базе генетических предпосылок и включают в себя как биологические, так и фенотипические факторы. Эти системы представляют собой, по сути, устойчивые паттерны реагирования на средовые воздействия, выступающие в роли «системы-мишени». Переживание стресса актуализирует аттрактор, что приводит к локальной перегрузке и ведет к развитию конкретного заболевания [46].

С.А. Кулаков на примере развития онкологической патологии предлагает рассматривать интеграцию синергетического подхода с биопсихосоциодуховным в психотерапевтическом сопровождении онкологических больных. Преимуществом синергетического подхода, на его взгляд, служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактал – это интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, с многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма. Использование фрактальной диагностики позволяет оценить степень развития заболевания. Подчеркивается важность поиска ресурсов личности на любом этапе развития заболевания с учетом того, что психотерапия может служить важным внешним ресурсом [44].

Таков один из возможных путей возникновения патологических состояний, в том числе и при психосоматических заболеваниях. Стоит заметить, что сама научная проблема адаптации личности в кардиологической клинике на протяжении многих лет является предметом исследовательского интереса. Еще в 1950–1960-е гг. под авторством и редакцией Е.С. Авербуха вышли фундаментальные публикации по проблемам гипертонической болезни (ГБ) [1, 58]. Проблема адаптации личности при сердечно-сосудистой патологии является частой проблемой диссертационных исследований как в сфере медицинской психологии, так и в смежных областях знаний. Например, работа В.А. Винокура целиком посвящена изучению психосоматических механизмов развития ССЗ [17]. Анализ мотивации и

уровня притязаний у лиц с различной степенью коронарного риска содержится в исследовании Е.С. Дамбраускаса [24].

К настоящему времени более подробно изученными вопросами адаптации больных при ГБ и артериальной гипертензии являются: специфика психологических и нейрофизических характеристик психического состояния пациента в связи с экспертными вопросами [66], клиничко-психологические соотношения в связи с особенностями течения заболевания и терапии [4], соотношение психологических особенностей личности больных и гемодинамических реакций при выполнении умственной деятельности в условиях эмоционального напряжения [19], мотивационно-личностная сфера больных артериальной гипертензией [77], личность больных, страдающих гипертоническими кризами и дифференцированные подходы к их терапии [13], значение психологических и иных факторов риска в развитии заболевания [8].

Направления исследований особенностей адаптации личности при ишемической болезни сердца (ИБС) определяются научным интересом к изучению вопросов психологических особенностей больных в связи с задачами психотерапии на санаторно-курортном этапе лечения [49], психологической реабилитации в условиях поликлиники в системе вторичной профилактики больных, перенесших инфаркт миокарда [62], разработки и валидации методов изучения межличностных отношений у больных, перенесших инфаркт миокарда [26], личности и эмоционально-поведенческой активности в прогнозировании течения различных форм ИБС [65], механизмов психической адаптации у больных, перенесших инфаркт миокарда, в связи с задачами реабилитации [54], смысловой регуляции деятельности у больных, перенесших инфаркт миокарда [68], первичной профилактики ИБС с учетом механизмов психической адаптации [76], клиничко-экспериментальных особенностей личностно-средового взаимодействия у лиц с психологическим риском ИБС [78], влияния поведенческого фактора риска у больных ИБС на клиничко-химические и психологические показатели в период операционного стресса [25], механизмов психической адаптации к эмоциональному напряжению у лиц с вазоспастическим вариантом ИБС [22], значения индивидуально-психологических особенностей внутренней позиции по отношению к болезни и выбора стратегии медицинского поведения на модели ИБС [11], психологических основ профилактики ИБС [20], психической ригидности в патогенезе и психотерапии ИБС [14], психологической диагностики

риска возникновения ИБС в рамках ее структуры и динамики эмоциональных состояний у больных в период лечения в стационаре [16], психологических особенностей пациентов, предрасположенных к паническим атакам [23], психокоррекционной работы с больными с учетом параметров качества жизни [43], психологических факторов риска в клинической динамике ИБС [79].

Несколько меньше разработаны в диссертациях клинико-психологические проблемы больных кардиологического профиля с нарушениями ритма и приобретенными пороками сердца. В поле нашего зрения оказались лишь несколько работ, в которых рассмотрены вопросы динамики аффективных нарушений у больных с тяжелыми формами аритмий при проведении постоянной электростимуляции сердца [42], динамики познавательных процессов и эмоционально-личностных характеристик у больных с приобретенными ревматическими пороками сердца [29], динамики психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца [48], психосоматические аспекты фибрилляции предсердий [36]. Вопросам психологического исследования в процессе групповой психотерапии у подростков в ревмокардиологическом санатории и изучения индивидуально-психологических особенностей больных с приобретенными пороками сердца в процессе их социальной адаптации посвящены работы Е.Ю. Коржовой [37] и И.С. Соколовой [73].

В немногих работах с психологических позиций рассматриваются вопросы совершенствования кардиохирургической помощи больным с ССЗ. Причем здесь не только исследования, выполненные в прошлых десятилетиях, посвященные клинико-психологической характеристике кардиохирургических больных в пред- и послеоперационном периодах [47] и психологическим характеристикам и социально-трудовой реабилитации больных с ИБС, подвергающихся аортальному шунтированию [72], но и совершенно свежая работа по психологическим факторам прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения [41].

Сравнение психологических механизмов адаптации личности и ее нарушений у здоровых и больных различными психосоматическими, невротическими и психическими заболеваниями значительно расширяет понимание их специфики у больных ССЗ. Если в фундаментальном исследовании Ф.Ю. Копылова [36] освещаются психосоматические аспекты ССЗ в ходе сравнения ГБ, ИБС и фиб-

рилляции предсердий, то работа В.В. Соложенкина [74] сфокусирована на сопоставлении механизмов адаптации личности при ГБ, ИБС и неврозах. Близкой по содержанию является более ранняя работа Е.К. Агеенковой [2], построенная на материалах скринингового исследования психологической структуры личности и психосоматических соотношений у больных ГБ и ИБС. Больные неврозами, ИБС и здоровые лица также являются участниками исследования Б. Шайтановой [81] психологических и физиологических компонентов феномена преодоления в условиях психической нагрузки, а исследовательский интерес М.А. Зайнуллиной [31] целиком сконцентрирован на особенностях памяти и внимания у больных ГБ и ИБС.

Язвенная болезнь как психосоматическая патология, наряду с ГБ, стала предметом научного интереса М.С.Э. Вейтца [15] в изучении особенностей психологической саморегуляции. Реакции сердечного ритма на эмоциональное воздействие и психологические особенности больных стенокардией и нейроциркуляторной дистонией подробно изучены М.З. Ругявичусом [70].

Другая часть работ в изучении особенностей адаптации личности при ССЗ нацелена на выявление клинических и психологических особенностей течения и лечения функциональной кардиальной патологии или ССЗ в сочетании с другими патологическими состояниями. К примеру, в исследовании В.К. Мягер [55] описаны специфика функциональных сердечно-сосудистых нарушений при неврозах и их лечение, предложения по организации восстановительной терапии в условиях кардиологического санатория больных ГБ с преходящими нарушениями мозгового кровообращения даны в работе А.А. Грекова [21], Н.Г. Незнановым [57] исследованы влияния ИБС на проявление, течение и терапию психических заболеваний, С.П. Ерошиным [30] разобраны вопросы взаимоотношения ИБС и хронического алкоголизма, психических расстройств у больных с артериальной гипертензией и их психотерапевтической коррекции [35], Н.М. Барышевым [10] сопоставлены клинико-психологические характеристики больных с сердечно-сосудистыми соматизированными нарушениями.

Учеными анализируются результаты современных исследований по проблеме адаптации личности на различных этапах постинфарктного периода, описаны психологические факторы риска развития инфаркта миокарда, приведены данные о распространенности расстройств адаптации, переживания ситуации бо-

лезни в раннем и отдаленном постинфарктном периоде, систематизированы сведения о роли психологических факторов в формировании прогноза при инфаркте миокарда [6].

В другой работе, нацеленной на выявление особенностей отношения к болезни и переживаний в связи с перенесенным неотложным кардиологическим состоянием у пациентов, проходящих начальный этап стационарной реабилитации, выявлено, что активное сопротивление болезни и отрицание являются ведущими психологическими тенденциями реагирования. При неэффективности данных стратегий высока вероятность психосоциальной дезадаптации. Данные особенности адаптации личности при болезни необходимо учитывать в лечебном и реабилитационном процессах [5].

Оценка уровня психологической адаптации пациентов с фибрилляцией предсердий в отдаленном послеоперационном периоде в следующем исследовании демонстрирует, что факторами риска нарушения психической адаптации являются: неполное устранение симптомов аритмии, рецидив или осложнения, повышенная тревожность, наличие стрессогенных событий, недостаточная информированность о болезни и проводимом лечении на предоперационном этапе [80].

Сравнительное исследование больных фибрилляцией предсердий и легочной артериальной гипертензией [7] позволяет лучше оценить клинические факторы психической адаптации больных с ССЗ. Показано, что качество жизни больных существенно снижено, в наибольшей мере – у больных с легочной артериальной гипертензией. Вместе с тем пациенты с легочной артериальной гипертензией, несмотря на имеющиеся физические ограничения, более успешно, чем больные с фибрилляцией предсердий, адаптируются к ситуации заболевания, что обусловлено особенностями течения болезни и ее социальных последствий.

У больных ГБ особенности адаптации также проявляются нарушениями баланса рефлексивной и эмоциональной форм личностной регуляции с доминированием эмоциональной составляющей. Рассогласование эмоциональной и рефлексивной форм регуляции наиболее ярко проявляется у них в ситуации неуспеха, что выражается в потере пластичности и целенаправленности мыслительной деятельности, ригидности и затруднениях в смене позиции в стрессовых ситуациях [15].

Е.К. Агеенкова считает, что наличие невротических особенностей в структуре личности больных ГБ может быть не преморбидным по отношению к заболеванию, а вызванным осознанием своей болезни, чему не в малой степени может способствовать неправильный подход медицинских работников в процессе постановки диагноза и лечения заболевания [3].

Исследование Л.А. Ермаковой [29] особенностей адаптации у больных с различными типами приобретенных ПС свидетельствует о наличии в их когнитивной сфере модально-неспецифических нарушений памяти и внимания, которые связаны с вовлеченностью глубинных структур мозга в процесс развития патобиологических изменений, вызванных сочетанным действием нескольких биологических факторов заболевания и его оперативным лечением. Нарушения динамики познавательных процессов в виде повышенной истощаемости, колебания умственной работоспособности, снижения общей психической активности, ухудшения процессов внимания и памяти, выявленные на всех этапах исследования у пациентов, свидетельствуют о дезинтеграции деятельности корково-подкорковых структур, возникающей вследствие общемозговых патоморфологических изменений по типу дисциркуляторных энцефалопатий, а также о комплексном характере нарушений когнитивных процессов и нарастании интеллектуально-мнестического дефицита на всем протяжении болезни [29].

Если в раннем послеоперационном периоде у больных ПС наблюдается снижение мотивации к исследованию, что свидетельствует о доминировании факторов, определяющих необходимость совладания с последствиями операции, то в отдаленный послеоперационный период у них отмечается восстановление мотивации, свидетельствующее об успешном преодолении последствий заболевания и его оперативного лечения [29].

Психологические особенности адаптации больных хронической сердечной недостаточностью в состоянии декомпенсации характеризуются высокой интенсивностью и напряженностью механизмов психологической защиты, а также преобладанием неконструктивных и относительно конструктивных копинг-стратегий [51].

Больные, страдающие заболеваниями и нарушениями системы кровообращения, имеющие примерно одинаковую клиническую картину заболевания, могут принципиально отличаться по психологическим механизмам поведения в болезни. Так, при наличии фрустрированной потребности в персональной любви у

пациентов, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, патогенез болезней кровообращения отягощается [67].

По мнению А.А. Великанова, особенности адаптации личности и варианты психосоматических соотношений при ИБС складываются из комплекса биопсихосоциальных факторов, включающих в себя: специфику эмоционально-негативных состояний (тревога, депрессия, астения, враждебность), особенности соматического состояния, клинические проявления ИБС и сопутствующие изменения психоэмоциональной сферы; специфику психотравмирующих ситуаций; личностные особенности, в частности, агрессивность, а также тревожность, невротичность и депрессивность в структуре личностных характеристик [16].

Исследование Ж.В. Порохиной больных с ИБС позволило выделить специфические психологические факторы, влияющие на уровень их психологического реабилитационного потенциала, а именно: тип отношения личности к болезни, уровень нервно-психического состояния, уровень самооценки и уровень притязаний, уровни реактивной и личностной тревожности, тип личностного контроля над средой (локус-контроль), состояние супружеских взаимоотношений и взаимоотношений с близкими родственниками, степень удовлетворенности в профессиональной сфере, что раскрывает структуру психологического реабилитационного потенциала с мотивационной, эмоциональной и когнитивной составляющими, а также демонстрирует наибольшую значимость в нем мотивационной составляющей [64].

Разбирая особенности адаптации личности при болезни, невозможно не остановиться на категории качества жизни, которая в последние годы все чаще привлекает внимание исследователей, в том числе и при ССЗ [50]. По предложению Всемирной организации здравоохранения под качеством жизни понимается характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [56], хотя существуют и другие определения.

Согласно исследованию Н.Ю. Кувшиновой [43], качество жизни пациентов с ИБС существенно отличается от качества жизни здоровых. Например, у пациентов с ИБС выявляется значительное снижение удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, за исключением сферы духовности.

Исследование Н.Е. Кругловой [41] качества жизни, связанного со здоровьем, показало, что благоприятным прогностическим

признаком возвращения к труду у больных ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий, является высокий уровень физической активности до операции, а у больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования – существенное ограничение социальной активности в дооперационном периоде, обусловленное физическим состоянием.

Выходя на уровень смысловых характеристик личности больного, можно сказать, что механизмы адаптации к болезни зависят от осознанности либо неосознанности для личности ее смысла. Так, если человек, перенесший инфаркт миокарда, осознает, что смыслом его болезни выступает манифестация фрустрированной ранее потребности в любви, то он демонстрирует гармоническое отношение к своей болезни, понимая при этом, что болезнь позволяет удовлетворять данную потребность. Здесь можно говорить об адаптивных возможностях болезни как конструктивном самосохранительном поведении [67]. В таком случае болезнь просто не может не влиять на адаптивную структуру личности, не отражать особенностей ее адапционных ресурсов и защитно-совладающего стиля личности [33, 34], что актуально не только для соматических и психосоматических заболеваний [45], но и для зависимых форм поведения [28, 32, 82].

Таким образом, проведенный анализ общих и частных закономерностей личностной адаптации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями показал, что психофизиологические представления о напряженности процесса адаптации связывают появление соматических нарушений с изменениями в вегетативно-гуморальном регулировании. Разнообразии системных представлений о специфике адаптации при болезни представлено концепцией о структурном аттракторе болезни. Эволюцией этих взглядов являются идеи об интеграции синергетического подхода с биопсихосоциодуховным, что приводит нелинейную дискретность и фрактальность с многовариантными траекториями развития в многомерном пространстве жизни на смену одномерной нозоцентрической динамике.

Анализ продемонстрировал, что накоплен большой массив данных о специфике нарушений адаптации личности пациента при конкретных сердечно-сосудистых заболеваниях с учетом нейрофизиологических, гемодинамических, нейропсихологических характеристик, перспектив прогноза, актуальных задач реабилитации и профилактики, вопросов качества жизни. Достаточно проработан-

ными являются вопросы предоперационной психологической подготовки больных с кардиохирургической патологией и послеоперационного психологического сопровождения. Отдельным направлением является изучение особенностей адаптации личности пациента в условиях наличия коморбидной психической патологии.

В то же время большинство проанализированных подходов отражают собой взгляд на адаптацию пациента с сердечно-сосудистой патологией как на результат патологического взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов негативного характера. Единичными являются системные подходы, рассматривающие болезнь в смысловом контексте как источник новых адаптивных возможностей для личности, что является, на наш взгляд, более перспективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С. Психика и гипертоническая болезнь. М.: Медицина, 1965. 176 с.
2. Агеенкова Е.К. Особенности психологической структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца (по материалам скрининг. исслед.): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1986. 21 с.
3. Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний // Психотерапия и клиническая психология. 2002. № 3(5). С. 19–23.
4. Айвазян Т.А. Клинико-психологические соотношения при гипертонической болезни в связи с особенностями её течения и терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1980. 18 с.
5. Алёхин А.Н. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18, № 4. С. 317–324.
6. Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии. 2012. № 42. С. 26–45.
7. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О. и др. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. 2012. № 6(265). С. 66–72.
8. Аминова З.М. Значение психологических и других факторов риска в развитии артериальной гипертонии с позиции мембранной теории её происхождения: (когортное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
9. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1998. 394 с.
10. Барышева Н.М. Клинико-психологические характеристики больных с сердечно-сосудистыми соматизированными нарушениями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24 с.

11. Бевз И.А. Внутренняя позиция по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения: (на модели ишемической болезни сердца): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 26 с.
12. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 260 с.
13. Бородин Б.О. Психологические особенности личности лиц, страдающих гипертоническими кризами: дифференцированный подход к назначению психотропных препаратов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1990. 20 с.
14. Варлакова Я.В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца: дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2007. 193 с.
15. Вейтис Мора Сильвио Эстебан. Особенности психологической саморегуляции у больных язвенной болезнью и гипертонической болезнью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1989. 22 с.
16. Великанов А.А. Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 190 с.
17. Винокур В.А. Психосоматические механизмы развития сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2002. 42 с.
18. Голенков А.В., Николаев Е.Л., Булыгина И.Е., Цетлин М.Г. Клинико-эпидемиологические особенности алкоголизма у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Вопросы наркологии. 1999. № 4. С. 32–37.
19. Голованова Г.Б. Соотношение психологических особенностей личности больных гипертонической болезнью I-II степени и гемодинамических реакций при выполнении умственной деятельности в условиях эмоционального напряжения: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1987. 175 с.
20. Гоштаутас А.А. Психологические основы профилактики ишемической болезни сердца: дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1987. 446 с.
21. Грекова А.А. Восстановительная терапия в условиях кардиологического санатория больных гипертонической болезнью с преходящими нарушениями мозгового кровообращения: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1975. 143 с.
22. Гуменюк Н.В. Исследование механизмов психической адаптации к эмоциональному напряжению у лиц с вазоспастическим вариантом ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1994. 25 с.
23. Гуреева И.Л. Психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца, предрасположенных к паническим атакам: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 197 с.
24. Дамбраускас Е.С. Особенности мотивации и уровня притязаний у лиц с различной степенью коронарного риска: дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1989. 176 с.
25. Данько А.О. Влияние поведенческого фактора риска (тип А) у больных ишемической болезнью сердца на некоторые клинико-химические и психологические показатели в период операционного стресса: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992. 174 с.
26. Джагинов Е.А. Разработка и валидизация методов изучения межличностных отношений у больных, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1988. 24 с.
27. Дулина Г.С., Захарова А.Н. Религия как компонент духовно-нравственной сферы личности / Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2011. 55 с.

28. Емелин В.А., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологические факторы развития и хронификации технологических зависимостей // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. С. 171–180.
29. Ермакова Л.А. Динамика познавательных процессов и эмоционально-личностных характеристик у больных с приобретенными ревматическими пороками сердца: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 198 с.
30. Ерошин С.П. Взаимоотношения хронического алкоголизма и ишемической болезни сердца: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1986. 210 с.
31. Зайнуллина М.А. Особенности памяти и внимания у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2000. 16 с.
32. Ильченко Е.Г., Гайворонская Е.Б. Основные аспекты влияния виртуальных сетей // Прикладные информационные аспекты медицины. 2012. Т. 15, № 1. С. 84–89.
33. Исаева Е.Р. Защитно-совладающий стиль личности: анализ взаимоотношений копинга и психологической защиты // Российский научный журнал. 2009. № 10. С. 40–46.
34. Исаева Е.Р., Дейнека О.С. Особенности и проблемные зоны в структуре адаптационных ресурсов личности при социальной и психосоматической дезадаптации // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009. № 3. С. 42–47.
35. Кирюхина М.В. Психические расстройства у больных артериальной гипертензией и их психотерапевтическая коррекция: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 216 с.
36. Копылов Ф.Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 220 с.
37. Коржова Е.Ю. Индивидуально-психологические особенности больных с приобретенными пороками сердца в процессе их социальной адаптации: дис. ... канд. психол. наук. Киев, 1991. 218 с.
38. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13–18.
39. Кравцова Н.А., Братусь Б.С., Залевский Г.В. «Проблема здоровья личности в теоретической и прикладной психологии». Об итогах конференции // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 4. С. 131–136.
40. Краснов В.Н., Палеев Н.Р. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины // Альманах клинической медицины. 2014. № 35. С. 84–88.
41. Круглова Н.Е. Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.
42. Крылов В.И. Динамика аффективных нарушений у больных с тяжелыми формами аритмий при проведении постоянной электростимуляции сердца: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1986. 211 с.
43. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.

44. Кулаков С.А. Биопсихосоциодуховная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 100. С. 124–130.
45. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
46. Лассан Л.П., Малыхина Я.В. В.А. Ананьев – ученый, учитель, ученик [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.12.2010).
47. Лауринатис Э.Ф. Клинико-психологическая характеристика кардиохирургических больных (в пред- и послеоперационном периодах): дис. ... канд. мед. наук. Л., 1986. 182 с.
48. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 258 с.
49. Миялскас Р.-В.В. Исследование психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца в связи с задачами психотерапии на санаторно-курортном этапе лечения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1983. 17 с.
50. Митьковская Н.П., Скугаревский О.А., Статкевич Т.В., Смирнова Е.С., Сныткова Е.Ю. Качество жизни и психоэмоциональный статус больных инфарктом миокарда с метаболическим синдромом // Медицинская панорама. 2008. № 7. С. 22.
51. Михайлова Т.В. Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 200 с.
52. Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В., Волошин П.В., Марута Н.А., Алтынбеков С.А., Хотиняну М.А., Галако Т.И., Скугаревский О.А., Согоян А., Исмаилов Н.В., Чкониа Э., Алимов У.Х., Ходжаева Н.И. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16, № 6. С. 4–10.
53. Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В., Волошин П.В., Марута Н.А., Алтынбеков С.А., Хотиняну М.А., Галако Т.И. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 1(78). С. 11–17.
54. Мухтаренко С.Ю. Клинико-экспериментальное изучение механизмов психической адаптации у больных, перенесших инфаркт миокарда, в связи с задачами реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1991. 21 с.
55. Мягер В.К. Функциональные сердечно-сосудистые нарушения при неврозах и их лечение: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1957. 194 с.
56. Мясоедова Н.А. Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 52–57.
57. Незнанов Н.Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявление, течение и терапию психических заболеваний: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1984. 228 с.
58. Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни / под ред. Е.С. Авербуха. Л.: Медгиз, 1959. 352 с.
59. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
60. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.

61. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
62. Палуянскене А.К. Психологическая реабилитация в условиях поликлиники в системе вторичной профилактики больных, перенесших инфаркт миокарда: дис. ... канд. психол. наук. Л., 1986. 193 с.
63. Петунова С.А. Социально-психологическая адаптация безработных. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 187 с.
64. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида: на примере больных с ишемической болезнью сердца: дис. ... канд. психол. наук. М., 2004. 183 с.
65. Притыкина Н.Я. Исследование значения индивидуально-психологических особенностей личности и эмоционально-поведенческой активности в прогнозировании течения разных форм ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1989. 26 с.
66. Резникова Т.Н. Психологические и нейрофизические характеристики психического состояния у больных гипертонической болезнью и их значение для врачебно-трудовой экспертизы: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1974. 221 с.
67. Рогачева Т.В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: на материале болезней и нарушений системы кровообращения: дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2004. 399 с.
68. Розова Т.Н. Смысловая регуляция деятельности у больных, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1991. 27 с.
69. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.
70. Ругвичус М.З. Реакции сердечного ритма на эмоциональное воздействие и психологические особенности больных грудной жабой и нейроциркуляторной дистонией: дис. ... канд. психол. наук. Каунас, 1981. 196 с.
71. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 183 с.
72. Сирель М.Я. Психологические характеристики и социально-трудовая реабилитация больных с ишемической болезнью сердца, подвергающихся аортальному шунтированию: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1988. 17 с.
73. Соколова И.С. Психологические исследования в процессе групповой психотерапии у подростков в ревмокардиологическом санатории: дис. ... канд. психол. наук. Л., 1986. 171 с.
74. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1989. 424 с.
75. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
76. Тен В.И. Психологическая диагностика риска возникновения ишемической болезни сердца в рамках первичной ее профилактики (с учетом механизмов психической адаптации): дис. ... канд. мед. наук. Л., 1991. 165 с.
77. Фанталова Е.Б. Особенности мотивационно-личностной сферы у больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1989. 18 с.

78. Фетисова Н.П. Клинико-экспериментальные особенности личностно-средового взаимодействия у лиц с психологическим риском ИБС (по материалам эпидемиол. исслед.): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1991. 24 с.
79. Чапала Т.В. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2012. 25 с.
80. Чумакова И.О., Трифонова Е.А. Психологическая адаптация пациентов с фибрилляцией предсердий в отдаленный послеоперационный период // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2012. Т. 91. С. 169–176.
81. Шайтанова Б. Психологические и физиологические компоненты феномена преодоления в условиях психической нагрузки (у больных неврозами, ишемической болезнью сердца и здоровых): дис. ... канд. психол. наук. Л., 1990.
82. Юрьева Л.Н. Компьютерная зависимость – аддикция общества, основанного на знаниях // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 1. С. 54–55.
83. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Pervichko E.I., Krasnov V.N., Kulygina M.A. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and the postnonclassical perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, vol. 6, no. 1, pp. 95–109.
84. Revechuk I.V. Gnoseological and methodological crisis and new diagnostic concepts in psychology and psychiatry: focus of attention to addiction diathesis. *British Journal of Science Education and Culture*, 2014, no. 1(5), pp. 270–276.
85. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, vol. 6, no. 2, pp. 89–102.

REFERENCES

1. Averbukh E.S. *Psikhika i gipertonicheskaya bolezn'* [Psyche and essential hypertension]. Moscow, Meditsina Publ., 1965, 176 p.
2. Ageenkova E.K. *Osobennosti psikhologicheskoi struktury lichnosti i psikhosomaticheskikh sootnoshenii u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu i ishemichekoi bolezn'yu serdtsa (po materialam skринingovogo issledovaniya): avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Specific of psychological structure of personality and psychosomatic relationships in essential hypertension and coronary heart disease patients: results of screening study. Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1986, 21 p.
3. Ageenkova E.K. *Psikhologicheskie faktory v razvitii serdechno-sosudistykh zabol'evanii* [Role of psychological factors in cardiovascular disease pathogenesis]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychotherapy and Clinical Psychology], 2002, no. 3 (5), pp. 19–23.
4. Aivazyan T.A. *Kliniko-psikhologicheskie sootnosheniya pri gipertonicheskoi boleznii v svyazi s osobennostyami ee techeniya i terapii: avtoref. dis.... kand. med. nauk* [Clinical and psychological relationship in essential hypertension in connection with treatment and therapy specific. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1980, 18 p.
5. Alekhin A.N. *Otnoshenie k boleznii u patsientov, perenesshikh neotlozhnyye kardiologicheskie sostoyaniya* [Illness perception in patients with emergency cardiologic aid experience]. *Arterial'naya gipertenziya* [Arterial Hypertension], 2012, no. 18(4), pp. 317–324.
6. Alekhin A.N., Sorokin L.A., Trifonova E.A., Chernorai A.V. *Mediko-psikhologicheskii aspekt adaptatsii patsientov, perenesshikh infarkt miokarda: sovremennoe sostoyanie problemy* [Medical and psychological aspects of myocardial infarction patients

- adaptation: state of the problem]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2012, no. 42, pp. 26-45.
7. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chumakova I.O. et al. *Klinicheskie faktory psikhicheskoi adaptatsii patsientov s serdechno-sosudistoi patologiei (na primere legochnoi arterial'noi gipertenzii i fibrillyatsii predserdii)* [Clinical factors of cardiovascular pathology patients adaptation: pulmonary arterial hypertension and atrial fibrillation cases]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Southern Ural State University Bulletin. Psychology Series], 2012, no. 6(265), pp. 66-72.
 8. Aminova Z.M. *Znachenie psikhologicheskikh i drugikh faktorov riska v razvitiі arterial'noi gipertonii s pozitsii membrannoi teorii ee proiskhozhdeniya: (kogortnoe issledovanie): avtoref. dis.... kand. med. nauk* [Role of psychological and other risk factors in arterial hypertension pathogenesis: membrane theory approach (cohort study). Abstract of PhD thesis]. Kazan, 2004, 24 p.
 9. Anan'ev V.A. *Psikhologicheskaya adaptatsiya i kompensatsiya pri zabolevaniyakh vnutrennikh organov: dis.... d-ra psikhol. nauk* [Psychological adaptation and compensation in visceral diseases. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 1998, 394 p.
 10. Barysheva N.M. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh s serdechno-sosudistymi somatizirovannymi narusheniyami: avtoref. dis.... kand. med. nauk* [Clinical and psychological traits of patients with cardiovascular somatised abnormalities. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2009, 24 p.
 11. Bezv I.A. *Vnutrennyaya pozitsiya po otnosheniyu k bolezni i vybor strategii meditsinskogo povedeniya: (na modeli ishemicheskoi bolezni serdtsa): avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Internal position towards disease and strategy of medical behavior choosing: ischemic heart disease case model. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1998, 26 p.
 12. Berezin F.B. *Psikhologicheskaya i psikhofizicheskaya adaptatsiya cheloveka* [Psychological and psychophysical adaptation]. Leningrad, Nauka Publ., 1988, 260 p.
 13. Borodin B.O. *Psikhologicheskie osobennosti lichnosti lits stradayushchikh gipertonicheskimi krizami: differentsirovanniy podkhod k naznacheniyu psikhotropnykh preparatov: avtoref. dis.... kand. med. nauk* [Psychological personal traits of hypertonic crisis patients: differentiated approach to psychotropic drugs prescription]. Leningrad, 1990, 20 p.
 14. Varlakova Ya.V. *Psikhicheskaya rigidnost' v patogeneze i psikhoterapii ishemicheskoi bolezni serdtsa: dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychic rigidity in pathogenesis and therapy of ischemic heart disease. PhD thesis]. Tomsk, 2007, 193 p.
 15. Veitia M.S.E. *Osobennosti psikhologicheskoi samoregulyatsii u bol'nykh yazvennoi boleznyu i gipertonicheskoi boleznyu: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Specific of psychological self-regulation of gastric ulcer and essential hypertension patients. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1989, 22 p.
 16. Velikanov A.A. *Struktura i dinamika emotsional'nykh sostoyanii u bol'nykh ishemicheskoi boleznyu serdtsa v period lecheniya v statsionare: dis.... kand. psikhol. nauk* [Structure and dynamic of emotional state in ischemic heart disease patients during inpatient care. PhD thesis]. St. Petersburg, 2009, 190 p.
 17. Vinokur V.A. *Psikhosomaticheskie mekhanizmy razvitiya serdechno-sosudistykh zabolevaniy: avtoref. dis.... d-ra med. nauk* [Psychosomatic mechanisms of cardiovascular diseases pathogenesis. Abstract of Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2002, 42 p.

18. Golenkov A.V., Nikolaev E.L., Bulygina I.E., Tsetlin M.G. *Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti alkogolizma u likvidatorov avarii na Chernobyl'skoi AES* [Clinical and epidemiological specific of alcohol addiction in Chernobyl nuclear plant emergency wreckers]. *Voprosy narkologii* [Questions of addictology], 1999, no. 4, pp. 32–37.
19. Golovanova G.B. *Sootnoshenie psikhologicheskikh osobennostei lichnosti bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu I-II stepeni i gemodinamicheskikh reaktsii pri vypolnenii umstvennoi deyatel'nosti v usloviyakh emotsional'nogo napryazheniya: dis.... kand. med. nauk* [Relationship of stage 1 & 2 essential hypertension patients psychological traits with hemodynamic reaction during mental activity tasks under emotional tension. PhD thesis]. Leningrad, 1987, 175 p.
20. Goshtautas A.A. *Psikhologicheskie osnovy profilaktiki ishemicheskoi bolezni serdtsa: dis.... d-ra med. nauk* [Psychological base of ischemic heart disease prevention. Doct. Diss.]. Leningrad, 1987, 446 p.
21. Grekova A.A. *Vosstanovitel'naya terapiya v usloviyakh kardiologicheskogo sanatoriya bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu s prekhodyashchimi narusheniyami mozgovogo krovoobrashcheniya: dis.... kand. med. nauk* [Medical rehabilitation of essential hypertension patients with stoke in cardiologic sanitarium. PhD thesis]. Leningrad, 1975, 143 p.
22. Gumenyuk N.V. *Issledovanie mekhanizmov psikhicheskoi adaptatsii k emotsional'nomu napryazheniyu u lits s vazospasticheskim variantom ishemicheskoi bolezni serdtsa: avtoref. dis.... kand. psikholog. nauk* [Study of psychological adaptation mechanisms to emotional tension in angiospastic ischemic heart disease patients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 1994, 25 p.
23. Gureeva I.L. *Psikhologicheskie osobennosti patsientov s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa, predraspolozhennykh k panicheskimi atakami: dis.... kand. psikholog. nauk* [Psychological traits of ischemic heart disease patients with panic attack predisposition. PhD thesis]. St. Petersburg, 2009, 197 p.
24. Dambrauskas E.S. *Osobennosti motivatsii i urovnya prityazanii u lits s razlichnoi stepen'yu koronarnogo riska: dis.... kand. med. nauk* [Specific of motivation and aspiration level in persons with different coronary event risk. PhD thesis]. Kharkov, 1989, 176 p.
25. Dan'ko A.O. *Vliyaniye povedencheskogo faktora riska (tip A) u bol'nykh ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa na nekotorye kliniko-khimicheskie i psikhologicheskie pokazateli v period operatsionnogo stressa: dis.... kand. med. nauk* [Effect of behavioral risk factor (type A personality) on certain clinical, biochemical and psychological attributes in ischemic heart disease patients during surgery stress period. PhD thesis]. St. Petersburg, 1992, 174 p.
26. Dzhaginov E.A. *Razrabotka i validizatsiya metodov izucheniya mezhlichnostnykh otnoshenii u bol'nykh, perenesshikh infarkt miokarda: avtoref. dis.... kand. psikholog. nauk* [Development and validation of interpersonal relations study methods in myocardial infarction patients. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1988, 24 p.
27. Dulina G.S., Zakharova A.N. *Religiya kak komponent dukhovno-nravstvennoi sfery lichnosti: konspekt lektsii* [Religion as component of spiritual and moral personality sphere: textbook]. Cheboksary, Chuvash State University Publ, 2011, 55 p.
28. Emelin V.A., Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. *Psikhologicheskie faktory razvitiya i khronifikatsii tekhnologicheskikh zavisimostei* [Psychological factors of onset and chronicity of technological addictions]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2013, no. 1, pp. 171–180. Available at:

- http://psyedu.ru/journal/2013/1/Emelin_Thostov_Rasskazova.phtml (Accessed 06 May 2015).
29. Ermakova L.A. *Dinamika poznavatel'nykh protsessov i emotsional'no-lichnostnykh kharakteristik u bol'nykh s priobretennymi revmaticallyskimi porokami serdtsa: dis. ... kand. psikholog. nauk* [Dynamic of cognitive processes, emotional characteristics and personality traits of acquired valvular disease patients. PhD thesis]. St. Petersburg, 2004, 198 p.
30. Eroshin S.P. *Vzaimootnosheniya khronicheskogo alkogolizma i ishemicheskoi bolezni serdtsa: dis.... kand. med. nauk* [Relations of chronic alcohol abuse and ischemic heart disease. PhD thesis]. Leningrad, 1986, 210 p.
31. Zainullina M.A. *Osobennosti pamyati i vnimaniya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezni'yu i ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa: avtoref. dis.... kand. psikholog. nauk* [Specific of memory and attention functioning in essential hypertension and ischemic heart diseasepatients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2000, 16 p.
32. Il'chenko E.G., Gaivoronskaya E.B. *Osnovnye aspekty vliyaniya virtual'nykh setei* [Basic aspects of virtual networks influence] // *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied Informational Aspects of Medicine], 2012, no. 15(1), pp. 84–89.
33. Isaeva E.R. *Zashchitno-sovladayushchii stil' lichnosti: analiz vzaimootnoshenii kopinga i psikhologicheskoi zashchity* [Protective-coping personality style: analysis of coping and psychological protection relations]. *Rossiiskii nauchnyi zhurnal* [Russian Scientific Journal], 2009, no. 10, pp. 40–46.
34. Isaeva E.R., Deineka O.S. *Osobennosti i problemnye zony v strukture adaptatsionnykh resursov lichnosti pri sotsial'noi i psikhosomaticheskoi dezadaptatsii* [Specifics and problematic zones of personality adaptive resources structure under social and psychosomatic desadaptation]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Psychiatry and Medical Psychology Review], 2009, no. 3, pp. 42–47.
35. Kiryukhina M.V. *Psikhicheskie rasstroistva u bol'nykh arterial'noi gipertenziei i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya: dis.... kand. psikholog. nauk* [Mental disorders and following psychotherapeutic intervention of essential hypertension parents. PhD thesis]. Moscow, 2006, 216 p.
36. Kopylov F.Yu. *Psikhosomaticheskie aspekty serdechno-sosudistykh zabolevaniy (gipertonicheskoi bolezni, ishemicheskoi bolezni serdtsa, fibrillyatsii predserdii): dis.... d-ra med. nauk* [Psychosomatic aspects of cardiovascular diseases (essential hypertension, ischemic heart disease, atrial fibrillation). Doct. Diss.]. Moscow, 2009, 220 p.
37. Korzhova E.Yu. *Individual'no-psikhologicheskie osobennosti bol'nykh s priobretennymi porokami serdtsa v protsesse ikh sotsial'noi adaptatsii: dis.... kand. psikholog. nauk* [Individual psychological traits of acquired valvular disease patients in process of social adaptation]. Kiev, 1991, 218 p.
38. Kravtsova N.A. *Rol' detsko-roditel'skikh otnoshenii v formirovanii psikhosomaticheskikh narushenii u detei i podrostkov (dinamicheskaya model' psikhosomaticheskogo dizontogeneza)* [Pathogenesis of psychosomatic disorders in children and adolescents: role of child-parent relations (dynamic model of psychosomatic dysontogenesis)]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology], 2005, no. 22, pp. 13–18.
39. Kravtsova N.A., Bratus' B.S., Zalevskii G.V. «*Problema zdorov'ya lichnosti v teoreticheskoi i prikladnoi psikhologii*». *Ob itogakh konferentsii* [«Problem of personality

- health in theoretical and practical psychology»: comments about conference]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology], 2011, no. 4, pp. 131–136.
40. Krasnov V.N., Paleev N.R. *Psikhosomatika v kontekste razvitiya integrativnoi meditsiny* [Psychosomatic in context of integrative medicine development]. *Al'manakh klinicheskoi meditsiny* [Clinical Medicine Almanach], 2014, no. 35, pp. 84-88.
41. Kruglova N.E. *Psikhologicheskie faktory prognoza vozvrashcheniya k trudu bol'nykh IBS posle vysokotekhnologichnogo khirurgicheskogo lecheniya: avtoref. dis... kand. psikhol. nauk* [Psychological factors of work reconversion prognosis of ischemic heart disease after high-technology surgery. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2013, 24 p.
42. Krylov V.I. *Dinamika affektivnykh narushenii u bol'nykh s tyazhelymi formami aritmii pri provedenii postoyannoi elektrostimulyatsii serdtsa: dis... kand. med. nauk* [Affective disorders dynamic of severe arrhythmia patients with permanent pacing. PhD thesis]. Leningrad, 1986, 211 p.
43. Kuvshinova N.Yu. *Psikhokorreksionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoi boleznyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni: avtoref. dis... kand. psikhol.nauk* [Quality-of-life parameters-based psychological intervention with ischemic heart disease patients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2011, 29 p.
44. Kulakov S.A. *Biopsikhosotsiodukhovnaya i sinergeticheskaya model' razvitiya onkologicheskogo zabolevaniya: sistemnyi podkhod* [Bio-psycho-spiritual and synergetic oncologic disease pathogenesis model: systematic approach]. *Izvestiya RGPU imeni A.I. Gertsena* [Proceedings of A.I. Gertzen Russian State Pedagogical University], 2009, no. 100, pp 124–130.
45. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern studies trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
46. Lassan L.P., Malykhina Ya.V. *V.A. Anan'ev – uchenyi, uchitel', uchenik* [V.A. Ananyev – the scientist, the teacher, the student] // *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyi nauchyi zhurnal* [Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal], 2010, no. 3. Available at: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer16.php (Accessed at 07 May 2015).
47. Laurinaitis F. *Kliniko-psikhologicheskaya kharakteristika kardiokhirurgicheskikh bol'nykh (v pred- i posleoperatsionnom periodakh): dis... kand. med. nauk* [Clinical-psychological characteristic of pre- and postoperative cardiosurgery patients. PhD thesis]. Leningrad, 1986, 182 p.
48. Lebedeva U.V. *Dinamika psikhoemotsional'nogo statusa i kachestva zhizni patsientov s zhizneopasnymi narusheniyami ritma serdtsa: dis... d-ra med. nauk* [Psychoemotional status and quality of life dynamics in patients with life-threatening arrhythmia. Doct. Diss]. St. Petersburg, 2006, 258 p.
49. Mikyalskas R.-V.V. *Issledovanie psikhologicheskikh osobennostei bol'nykh ishemicheskoi boleznyu serdtsa v svyazi s zadachami psikhoterapii na sanatorno-kurortnom etape lecheniya: avtoref. dis... kand. psikhol. nauk* [Study of ischemic heart disease patients' psychological traits: goals of psychotherapy at sanatorium-and-spa treatment stage. Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1983, 17 p.
50. Mit'kovskaya N.P., Skugarevskii O.A., Statkevich T.V., Smirnova E.S., Snytkova E.Yu. *Kachestvo zhizni i psikhoemotsional'nyi status bol'nykh infarktomiokarda s metabolicheskimi sindromom* [Quality of life and psychoemotional status of metabolic

syndrome myocardial infarction patients]. *Meditsinskaya panorama* [Medicine Panorama], 2008, no. 7, p. 22.

51. Mikhailova T.V. *Psikhologicheskie faktory v dekompensatsii khronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti: dis... kand. psikhol. nauk* [Psychological factors of chronic cardiac insufficiency decompensation. PhD thesis]. St. Petersburg, 2006, 200 p.

52. Morozov P.V., Neznanov N.G., Limankin O.V., Voloshin P.V., Maruta N.A., Altynbekov S.A., Khotinyanu M.A., Galako T.I., Skugarevskii O.A., Sogoyan A., Ismailov N.V., Chkoniya E., Alimov U.Kh., Khodzhaeva N.I. *Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya i tendentsii razvitiya psikiatricheskoi pomoshchi na postsovetskom prostranstve* [Public mental health state and psychiatric help development trends in post-Soviet states]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacology], 2014, no. 16 (6), pp. 4–10.

53. Morozov P.V., Neznanov N.G., Limankin O.V., Voloshin P.V., Maruta N.A., Altynbekov S.A., Khotinyanu M.A., Galako T.I. *Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya i tendentsii razvitiya psikiatricheskoi pomoshchi na postsovetskom prostranstve* [Public mental health state and psychiatric help development trends in post-Soviet states]. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii* [Ukrainian Psychoneurology Bulletin], 2014, vol. 22, no. 1(78), pp. 11–17.

54. Mukhtarenko S.Yu. *Kliniko-eksperimental'noe izuchenie mekhanizmov psikhicheskoi adaptatsii u bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda, v svyazi s zadachami reabilitatsii: avtoref. dis... kand. med. nauk* [Psychic adaptation mechanisms of myocardial infarction patients in connection with rehabilitation goals: experimental clinic study. PhD thesis]. Leningrad, 1991, 21 p.

55. Myager V.K. *Funktsional'nye serdechno-sosudistye narusheniya pri nevrozakh i ikh lechenie: dis... kand. med. nauk* [Functional cardiovascular disorders and their therapy in neuroses. PhD thesis]. Leningrad, 1957, 194 p.

56. Myasoedova N.A., Tkhostova E.B., Belousov Yu.B. *Otsenka kachestva zhizni pri razlichnykh serdechno-sosudistykh zabolevaniyakh* [Quality of life assessment in various cardiovascular diseases]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice], 2002, no. 1, pp. 52–57.

57. Neznanov N.G. *Vliyanie ishemicheskoi bolezni serdtsa na proyavlenie, techenie i terapiyu psikhicheskikh zabolevaniy: dis... kand. med. nauk* [Effect of ischemic heart disease on onset, clinical course and therapy of mental disorders. PhD thesis]. Leningrad, 1984, 228 p.

58. Averbukh E.S., ed. *Nervnye i psikhichesknie narusheniya pri gipertonicheskoi bolezni* [Neural and mental diseases in essential hypertension]. Leningrad, Medgiz Publ., 1959, 352 p.

59. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi dezadaptatsii* [System of family and spiritual values in psychical deadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, no. 2, pp. 90–99.

60. Nikolaev E.L. *Pogranichnyye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as psychological and cultural phenomenon]. Cheboksary, Chuvash Stae University Publ., 2006, 384 p.

61. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Problems of spiritual self-improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.

62. Paluyanskene A.K. *Psikhologicheskaya reabilitatsiya v usloviyakh polikliniki v sisteme vtorichnoi profilaktiki bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda: dis... kand.*

psikhol. nauk [Ambulatory psychological rehabilitation in postexposure prevention of myocardial infarction patients. PhD thesis]. Leningrad, 1986, 193 p.

63. Petunova S.A. *Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya bezrabotnykh* [Social and psychological adaptation of unemployed]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2006, 187 p.

64. Porokhina Zh.V. *Psikhologicheskii reabilitatsionnyi potentsial invalida: na primere bol'nykh s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa: dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological rehabilitative potential of disabled person: ischemic heart disease patients case. PhD thesis]. Moscow, 2004, 183 p.

65. Pritykina N.Ya. *Issledovanie znacheniya individual'no-psikhologicheskikh osobennostei lichnosti i emotsional'no-povedencheskoi aktivnosti v prognozirovanii techeniya raznykh form ishemicheskoi bolezni serdtsa: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Study of individual psychological personality traits and emotional behavioral activity role in prognosis of different forms of ischemic heart disease clinical course. Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1989, 26 p.

66. Reznikova T.N. *Psikhologicheskie i neirofizicheskie kharakteristiki psikhicheskogo sostoyaniya u bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu i ikh znachenie dlya vrachebno-trudovoi ekspertizy: dis. ... kand. med. nauk* [Psychological and neurophysiological specific of psychic state in essential hypertension patients and their role in expert medical and labour examination. PhD thesis]. Leningrad, 1974, 221 p.

67. Rogacheva T.V. *Smyslovaya real'nost' boleyushchei lichnosti: strukturno-funktsional'nyi analiz: na materiale boleznei i narushenii sistemy krovoobrashcheniya: dis. ... d-ra psikhol. nauk* [Structural-functional analysis of ailing personality's semantic reality: circulatory system diseases and disorders case. Doct. Diss.]. Tomsk, 2004, 399 p.

68. Rozova T.N. *Smyslovaya regulyatsiya deyatel'nosti u bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Sense regulation of myocardial infarction patients' activity. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1991, 27 p.

69. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. *Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachei* [Personality adaptive characteristics in students and physicians: comparative study]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 469–473.

70. Ruyavichus M.Z. *Reaktsii serdechnogo ritma na emotsional'noe vozdeistvie i psikhologicheskie osobennosti bol'nykh grudnoi zhaboi i neirotsirkulyatornoi distoniei: dis.... kand. psikhol. nauk* [Cardiac rate reaction to emotional influence and psychological traits of angina pectoris and neurocirculatory dystonia patients. PhD thesis]. Kaunas, 1981, 196 p.

71. Semichov S.B. *Predboleznennye psikhicheskie rasstroistva* [Premorbid mental disorders]. Leningrad, Meditsina Publ., 1987, 183 p.

72. Sirel' M.Ya. *Psikhologicheskie kharakteristiki i sotsial'no-trudovaya reabilitatsiya bol'nykh s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa, podvergayushchikhsya aortal'nomu shuntirovaniyu: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological characteristics and social-labor rehabilitation of ischemic heart disease patients with coronary aortal bypass grafting. Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1988, 17 p.

73. Sokolova I.S. *Psikhologicheskie issledovaniya v protsesse gruppovoi psikhoterapii u podrostkov v revmokardiologicheskom sanatorii: dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological studies in rheumatism group psychotherapy of adolescents in rheumatic cardiological sanitarium. PhD thesis]. Leningrad, 1986, 171 p.

74. Solozhenkin V.V. *Mekhanizmy psikhicheskoi adaptatsii pri ishemicheskoi bolezni serdtsa, gipertonicheskoi bolezni i nevrozakh: dis.... d-ra med. nauk* [Psychic adapta-

- tion mechanisms in ischemic heart disease, essential hypertension and neuroses. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 1989, 424 p.
75. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive type of relation system of neurotic patients]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N.A. Nekrasova* [Kostroma State University after N.A. Nekrasov Bulletin], 2009, no. 15(1), pp. 328–332.
76. Ten V.I. *Psikhologicheskaya diagnostika riska vozniknoveniya ishemicheskoi bolezni serdtsa v ramkakh pervichnoi ee profilaktiki (s uchetom mekhanizmov psikhicheskoi adaptatsii): dis.... kand. med. nauk* [Psychological diagnostic of ischemic heart disease onset risk in preexposure prophylaxis (with regard to psychical adaptation mechanisms)]. PhD thesis]. Leningrad, 1991, 165 p.
77. Fantalova E.B. *Osobennosti motivatsionno-lichnostnoi sfery u bol'nykh arterial'noi gipertoniei: avtoref. dis.... kand. psikhhol. nauk* [Specific of personal motivation sphere of essential hypertension patients. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1989, 18 p.
78. Fetisova N.P. *Kliniko-eksperimental'nye osobennosti lichnostno-sredovogo vzaimodeistviya u lits s psikhologicheskim riskom IBS (po materialam epidemiol. issled.): avtoref. dis.... kand. psikhhol. nauk* [Experimental clinical specific of personality-environment interaction of persons with high psychological risk of ischemic heart disease: epidemiologic results study. Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1991, 24 p.
79. Chapala T.V. *Psikhologicheskie faktory riska v klinicheskoi dinamike ishemicheskoi bolezni serdtsa: avtoref. dis.... kand. psikhhol. nauk* [Psychological risk factors in clinical course dynamic of ischemic heart disease. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2012, 25 p.
80. Chumakova I.O., Trifonova E.A. *Psikhologicheskaya adaptatsiya patsientov s fibrillyatsiei predserdii v otdalennyi posleoperatsionnyi period* [Psychological adaptation of atrial fibrillation patients in remote post-surgery]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta* [P.F. Lesgaft University Memoirs], 2012, no. 91, pp. 169–176.
81. Shaitanova B. *Psikhologicheskie i fiziologicheskie komponenty fenomena preodoleniya v usloviyakh psikhicheskoi nagruzki (u bol'nykh nevrozami, ishemicheskoi bolezniyu serdtsa i zdorovykh): dis.... kand. psikhhol. nauk* [Psychological and physiological components of overcoming phenomenon under psychical stress (in neuroses & ischemic heart disease patients and healthy persons)]. PhD thesis]. Leningrad, 1990.
82. Yur'eva L.N. *Komp'yuternaya zavisimost' – addiktsiya obshchestva, osnovannogo na znaniyakh* [Computer addiction – the knowledge-based society addiction]. *Tyumenskii meditsinskii zhurnal* [Tyumen Medicine Journal], 2014, no. 16(1), pp. 54–55.
83. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Pervichko E.I., Krasnov V.N., Kulygina M.A. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and the postnon-classical perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(1), pp. 95–109.
84. Revechuk I.V. Gnoseological and methodological crisis and new diagnostic concepts in psychology and psychiatry: focus of attention to addiction diathesis. *British Journal of Science Education and Culture*, 2014, no. 1(5), pp. 270–276.
85. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(2), pp. 89–102.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация личности и сердечно-сосудистые заболевания // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 82–105.

Аннотация. Представлен обзор по материалам научных публикаций и диссертационных работ, выполненных на стыке медицины и психологии, с целью раскрытия общих и частных закономерностей личностной адаптации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Общие психофизиологические представления о напряженности процесса адаптации связывают появление соматических нарушений с изменениями в вегетативно-гуморальном регулировании организма. Разнообразии системных представлений о специфике адаптации при болезни разобрано на примере концепции о структурном аттракторе болезни как функциональных многоуровневых патологических психосоматических системах, формируемых в процессе онтогенеза на базе генетических предпосылок, включающих биологические и фенотипические факторы. Эволюцией этих взглядов являются идеи об интеграции в клиничко-психологической практике синергетического подхода с биопсихосоциодуховным, что приводит нелинейную дискретность и фрактальность с многовариантными траекториями развития в многомерном пространстве жизни на смену одномерной нозоцентрической динамике. Анализ научных исследований показал, что накоплен большой массив данных о специфике нарушений адаптации личности пациента при конкретных сердечно-сосудистых заболеваниях с учетом нейрофизиологических, гемодинамических, нейропсихологических характеристик, перспектив прогноза, актуальных задач реабилитации и профилактики, вопросов качества жизни. Достаточно проработанными являются вопросы предоперационной психологической подготовки и послеоперационного психологического сопровождения больных с кардиохирургической патологией. Отдельным направлением является изучение особенностей адаптации личности пациента в условиях наличия коморбидной психической патологии. Высказывается мнение, что большинство проанализированных подходов отражают собой взгляд на адаптацию пациента с сердечно-сосудистой патологией как на результат патологического взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов негативного характера. Единичными являются подходы, рассматривающие болезнь в смысловом контексте как источник новых адаптивных возможностей для пациента, что, по мнению авторов обзора, является более перспективным.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, кардиология, адаптация, личность, здоровье, болезнь.

Информация об авторах:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Лазарева Елена Юрьевна, аспирант кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, elyu88@gmail.com.

Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Adaptatsiya lichnosti i serdechno-sosudistye zabollevaniya [Personality adaptation and cardiovascular disease] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 82–105.

Abstract. The paper offers an overview of the research done at the junction of medicine and psychology presented in scientific papers and theses with the view of revealing general and particular patterns of personality adaptation of the patients with cardio-vascular diseases. According to general psychophysiological ideas of the adaptation process tensivity, somatic disorders appear following changes in the vegetative-humoral regulation of an organism. The diversity of the systematic conceptions of the adaptation specificity in case of a disease is regarded on the example of the conception of a structural disease attractor as functional multi-level pathological psychosomatic systems formed in the process of ontogenesis based on the genetic pre-conditions, including biological and phenotypical factors. These views are evolved as an idea of integrating in a clinical and psychological practice the synergetic and biopsychosociospiritual approaches, which brings forth nonlinear discreteness and fractality with multivariant ways of development in a multivariate life space instead of univariate nosocentric dynamics. The analysis of scientific research showed accumulation of a vast amount of data on the specificity of the patient's personality adaptation disorders in cases of certain cardio-vascular diseases in view of neurophysiological, hemodynamic, neuropsychological characteristics, prospects of prognosis, actual goals of rehabilitation and prophylaxis, as well as quality of life. Sufficiently well studied are the issues of presurgical mental conditioning and postsurgical psychological support of the patients with cardiosurgical pathology. A separate area of research is an investigation of peculiarities of a patient's personality adaptation in case of comorbid mental pathology. There is an opinion that the majority of the analysed approaches reflect the view of the adaptation of a patient with cardio-vascular pathology as the result of pathological interaction of negative biological, psychological, and social factors. Approaches to regarding a disease in a meaningful context as a source of new adaptive capacities for a patient are few, but more prospective, as seen by the authors of the overview.

Keywords: adaptation, cardiovascular disease, cardiology, personality, health, illness.

Information about author:

Nikolaev Evgeni – M.D., Professor, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Lazareva Elena – Post-Graduate Student of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, elyu88@gmail.com.

Поступила: 16.04.2015
Received: 16.04.2015

УДК 616.895.8-052-021.473

ББК Ю974.55

АГРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Ю.Ю. Худякова

Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России;

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ УР, Ижевск, Россия

Агрессия и агрессивность являются довольно частыми поведенческими и психологическими феноменами, встречающимися в психиатрической практике [32]. Исследовательский интерес к изучению агрессивного поведения у больных шизофренией во многом обусловлен его тесной взаимосвязью с высоким риском совершения больными общественно опасных действий [34, 35]. Между тем в генезе и реализации агрессивного поведения можно выделить вклад не только семейных [17], духовных [16, 17], социокультурных факторов [18], но и множества других, в частности, психологических.

В гносеологии психологии и психиатрии агрессивное поведение сегодня рассматривается с позиций различных методологических подходов, каждый из которых отличается своим видением сущности и истоков агрессии. Современные исследования агрессии, агрессивности и агрессивного поведения проводят в основном в рамках фрустрационной теории агрессии [33]; теории социального научения [30, 31]; с позиции этологического подхода [14]; психодинамического подхода [1-3, 20, 27, 29]; деятельностного подхода [11, 12, 19, 20, 21, 24].

Каждый из указанных подходов дает свое видение сущности и истоков агрессии: агрессия как проявление побуждения (в рамках адаптивного подхода агрессия рассматривается как инструмент для достижения поставленной цели, необходимый в условиях адаптации к внешнему миру); агрессия как приобретенное социальное поведение (в бихевиоризме агрессия рассматривается как приобретенная в процессе научения модель социального поведения, как поведение, нацеленное на причинение вреда); агрессия как инстинкт (агрессия берет начало из врожденного инстинкта

борьбы за выживание, является средством, с помощью которого индивиды пытаются получить свою долю ресурсов); в психоанализе агрессия рассматривается в контексте метапсихологических подходов: как проявление влечения к смерти [28, 29], как особенность прегенитальных сексуальных проявлений [1], как структурная личностная составляющая [3]. В теории социального научения и фрустрационной теории агрессия имеет внешнюю детерминацию. Этологический и психодинамический подходы описывают внутреннюю детерминацию агрессии.

Под «агрессией» понимают широкий спектр явлений [21]. Многие авторы определяют «агрессию» как специфическую форму поведения, процесс, имеющий специфическую функцию и организацию. Определения многих авторов содержат понятие «вред».

Например, согласно Л. Берковицу, агрессия – это «физическое или символическое поведение, мотивированное намерением причинить вред другому» [7]. Р. Бэрон, Д. Ричардсон дают следующее определение агрессии: «Агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» [8]. Л.М. Семенов понимает агрессивное поведение как «целенаправленно разрушительное поведение, противоречащее правилам и нормам существования людей в социуме, наносящее вред одушевленным либо неодушевленным объектам нападения, причиняющее физический ущерб индивидам и (либо) вызывающее у них психический дискомфорт» [22]. А.А. Реан под агрессией понимает любые действия, которые направлены на причинение ущерба другому человеку, группе людей или животному [19].

По мнению некоторых исследователей, понятие «вред» ограничивает сферу исследования агрессии, поскольку оставляет за ее пределами такие психологические явления, как различные формы аутоагрессии, мазохизм и т.д. [11, 36, 37]. Понятие «вред» ограничивает проявление агрессии поведенческим паттерном. Вред может быть направлен к агрессору в большей степени, чем к жертве и др.

По мнению С.Н. Ениколопова, цель агрессивного поведения психологически заключается в поисках разрядки обусловленной стрессом внутренней психической напряженности. Агрессия может выступать как одна из форм защиты «Я» и представлять собой основной способ решения проблем, связанных с контролем и сохранением чувства собственной ценности (часто искаженного, неправильно по-

нимаемого, завышенного), так как представляет собой действие, которое может приносить незамедлительные результаты [11].

В настоящее время существует достаточное количество клинических работ по проблеме агрессивного поведения больных шизофренией. В частности, по данным исследования М.Л. Белосусовой, общественно опасные действия совершаются больными шизофренией не чаще, чем психически здоровыми лицами. Однако среди лиц, совершивших наиболее тяжкие, направленные против личности ООД, доля психически больных значительна. У больных, совершивших ООД в исследуемый автором период времени, чаще встречалась параноидная форма шизофрении [6].

Т.В. Верхованова приходит к выводу о том, что больные шизофренией, совершившие общественно опасные деяния против личности, в подавляющем большинстве случаев страдают параноидной формой заболевания, протекающей эпизодически с прогредиентным развитием дефекта у эксплозивных личностей в преморбиде. По мнению автора, ведущими мотивами совершения преступлений являются: бредовые в структуре продуктивно-психотического механизма и эмоциональная бесконтрольность, извращенность и расторможенность влечений при негативно-личностных механизмах [10].

Согласно исследованию И.В. Кравченко «Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении», значимыми в структуре мотивации больных параноидной шизофренией являются паранойяльные, epileptoидные и истерические тенденции в сочетании с высоким уровнем агрессивных побуждений. Реализация несуйцидальных самоповреждений происходит в соответствии с тремя вариантами несуйцидального аутоагрессивного поведения (кумулятивным, «планируемым», пароксизмальным) [13].

Н.Г. Незнановым описаны различия в психологических характеристиках, формирующих те или иные формы агрессивного поведения у больных шизофренией. Было выявлено, что у больных шизофренией конструктивный вариант проявления агрессивных побуждений сопровождается увеличением уровня психической активности, на фоне которой актуализируется психопатологическая симптоматика. Конструктивная агрессия отличается импульсивностью с преимущественной мотивацией в виде аффективно окрашенных психопатологических идей сверхценного или бредового содержания. При конструктивном варианте агрессии имеет

место отсутствие истинной социализации агрессивности у больных шизофренией с преимущественным усвоением по механизму подражания внешних поведенческих алгоритмов реализации агрессии и недостаточным формированием внутренних социально-позитивных установок, детерминирующих поведение в специфических агрессивных ситуациях [15].

В исследовании С.Л. Соловьевой [24] выявлено, что патологическая структура личности больных шизофренией с такими психологическими свойствами, как эгоцентризм, низкий уровень эмпатии, эмоциональная холодность, а также импульсивность с недостаточным контролем над эмоциями затрудняет процесс социализации агрессивных тенденций в связи со сниженной способностью учитывать социально нормативные требования и последствия своих поступков, вследствие чего формируется диагностируемая методикой ISTA деструктивная форма агрессии, которая становится доминирующим способом реализации агрессивности.

Н.В. Васильева исследовала социально опасные формы агрессивного поведения преимущественно в виде преступлений против личности с целью обнаружения тех свойств индивида, которые указывали бы на повышенную вероятность совершения общественно опасных деяний [9]. По результатам исследования Н.В. Васильевой больные шизофренией являются наименее опасными в отношении совершения ООД, относительно больных с другими психическими расстройствами, особенно в варианте деструктивной гетероагрессии. Высоким агрессивным потенциалом обладают индивиды с эпилептоидным характерологическим типом, причем при отсутствии жесткой просоциальной направленности личности и наличии криминального опыта их ООД имеют насильственный характер (гетероагрессивную деструктивность). Брутальная холодная жестокость деструктивного ООД более вероятна при сочетании эпилептоидных черт с шизоидными. Из психологических свойств тревожность является существенным и практически обязательным фактором гомицидного поведения, но не недифференцированная тревожность, а ее уточненный вариант – эгоцентрическая тревожность несамодостаточности. Автор приходит к выводу о том, что склонность индивида к криминальному поведению в существенной мере детерминирована биологическими факторами, как генетическими, так и онтогенетическими; но вероятность высокоагрессивного деструктивного поведения в форме гомицида определяется в относительно большей мере лично-

стными, социально сформированными predisпозициями индивида (индивидуальной мотивационной структурой; ценностно-нормативными установками).

Ниже представлен клинический случай, где на примере больной параноидной шизофренией рассматривается психологическое содержание агрессивного поведения.

Пациентка М., 54 лет. Ей установлен диагноз: параноидная шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение, дисфорический синдром, выраженный эмоционально-волевой дефект. Наблюдается психиатрами по поводу данного заболевания с 17 лет. За последние десять лет причиной госпитализаций пациентки являлось агрессивное поведение по отношению к матери. Пациентка проживает с матерью вдвоем в коммунальной квартире.

Из историй болезни. Июнь 2008 г. *Стала агрессивной, накидывалась на мать. «Отец наш за матью с топором бегал, я это помню с детства и так же себя веду».*

Декабрь 2008 года. *Стала агрессивной по отношению к матери. «Я же не железная! Она ко мне по пустякам придирается, бьет».*

Апрель 2010 г. *Агрессивна по отношению к матери, угрожает расправой, убийством.*

Сентябрь 2013 г. *Стала агрессивной по отношению к матери... В отделении рыдала, причитала, что после смерти матери останется никому не нужной. В отделении в разговорах окружающих слышала об их намерении убить ее мать, громко рыдала... Негативно отзывалась о матери, желала ей смерти: «Старая уже, надоела мне».*

Последняя госпитализация в ноябре 2014 г. Пациентка была агрессивна по отношению к матери. Ударила ее. Боялась, что мать собирается выгнать ее и сдавать ее комнату.

Из беседы с пациенткой:

– Почему Вы ударили мать?

– Мама хотела «скорую» вызвать. Она несколько раз пыталась к телефону подойти. Я боялась, что «скорую» вызовет. Если «скорая» придет за мной, то все соседи радоваться будут, что я заболела, смеяться надо мной. Лучше своими ногами в больницу идти, чем на «скорой».

Пациентка описывает себя. Я не гордая, обидчивая, старательная. Меня трудно расстроить, маму легко разозлить.

Пациентка описывает мать. С матерью очень хорошие отношения. Всегда меня кормила, одевала... Мама летом ягодами

кормила, сама не ела... По характеру очень гордая, любит, когда ее уважают, хвалят, унижаются перед ней. Если ее против шерсти, – то она обязательно отомстит.

Воспоминания пациентки о взаимоотношениях с матерью. Мама меня избивала летом. Говорила: «Я с тобой что захочу, то и сделаю, захочу – убью». Я ей говорю: «Тебя же посадят!». А она: «За дурака не посадят»...

... Мать говорила: «Она (пациентка) мне не подчиняется, поэтому я ее бью».

... Мать говорит: «Ты мне сдачи даешь, я тебя в дурдом отправлю. Я тебе дам, а мне ничего не будет». Врачи за мать заступаются, так как у нее медаль золотая (мать получила на работе).

... Как-то на огороде смотрю, мама с топором идет пещку направлять. Я кричу: «Мама, не убивай меня!».

... По телевизору концерт был, люди с красными флагами ходили. Мама меня выгоняла: «Убирайся отсюда. Это мои флаги, я с ними буду сама ходить. С флагами я буду ходить, а не ты». Я хочу с флагами ходить, мама хочет с флагами ходить...

... У меня сейчас климакс. Пять лет назад менструация была. А мама сказала: «Ты сколько лет жить собираешься? Ребенка еще хочешь родить?». Я испугалась, и менструация прекратилась. Сейчас если захочу забеременеть, то менструация снова начнется. Но зачем мне в таком возрасте ребенок? В любое время могу забеременеть, если дам.

Пациентка описывает отца. Он унижался перед матерью, любил ее, на руках таскал, золото ей покупал... Отец – алкоголик... Умер – и не жалко... Алкоголик. Когда я была маленькая, он матери кричал: «Я тебя зарублю топором». А я маленькая лежу и думаю, то ли он матери голову отрежет, то ли мне. И я не знаю, за кого заступаться, за отца или за мать»... Когда мне было 22 года, отец умер. Как меня обесчестили, через полгода отец умер.

Для психодиагностического исследования была использована проективная методика Сонди [23, 25, 26] в модификации (из-за выраженных нарушений мыслительной деятельности тестирование с помощью опросников было невозможным).

Профиль пациентки по методике Сонди. Сфера влечений (Оно) характеризуется доминированием агрессии, садизма. Сфера Сверх-Я – переполненностью грубыми аффектами: ненавистью, обидой, мстительностью. Пациентка находится в напряжении, вызванном подавлением грубых аффектов. Ее сфера Я дезинтегриро-

вана. Объектные отношения отличаются амбивалентностью. Тенденции сферы влечений и сферы Я пациентки являются социально-негативными, тенденции этико-моральной сферы и объектных отношений – социально-позитивными.

Образ матери у пациентки по методике Сонди в модификации. Пациентка представляет мать как скрывающую грубые аффекты, при этом готовую их проявить, тщеславную, гордую, склонную к упрекам, холодную, имеющую слабую потребность в нежности, амбивалентную в отношениях. Поведение матери – гиперэтического стиля со склонностью подавлять социально-негативные тенденции и присваивать своему Я социально-позитивные тенденции. Тенденции сферы влечений и сферы Я в образе матери пациентки являются социально-позитивными, тенденции этико-моральной сферы и объектных отношений – социально-негативными.

Образ отца у пациентки по методике Сонди в модификации. Отец представляется пациентке совестливым, испытывающим чувство вины, инфантильным, эгоистичным, эгоцентричным, с бисексуальной структурой влечений. В его отношениях наблюдается разрушение связей с объектами окружающего мира, неустойчивость. Тенденции сферы влечений, этико-моральной сферы, сферы Я, объектных отношений в бессознательных представлениях пациентки об отце являются социально-негативными.

С учетом результатов экспериментально-психологического исследования, клинических данных и данных катамнеза, можно следующим образом охарактеризовать агрессивные проявления у пациентки с позиций психодинамического подхода.

В структуре ее личности определяются проявления комплекса Каина. Ментальность пациентки, настроенной на убийство матери. Симптом предрасположенности к убийству [25, 26].

Согласно методике Сонди, у пациентки преобладает пароксизмально-эпилептиформный радикал личности, функциями которого являются:

1) пароксизмальная функция, понимаемая как накопление грубых аффектов (ненависти, гнева, мстительности, зависти, ревности), враждебности в ответ на внешнюю причину;

2) эпилептиформная функция, понимаемая как взрывоподобная разрядка энергии;

3) танатоманическая функция, понимаемая как готовность убить;

4) гиперэтическая функция желания искупить свою вину.

Для пациентки характерна взрывчатость аффектов, обидчивость, склонность к фиксации на отрицательных переживаниях, чрезмерная потребность в собственной значимости.

Анализируя созданный пациенткой образ матери, можно предположить:

- мать воспринимается пациенткой как соперник. Мать обладает статусом, властью (*Я хочу с флагами ходить, мама хочет с флагами ходить... Врачи за мать заступаются, так как у нее медаль золотая*);

- в представлениях пациентки мать своими действиями снижает ее значимость (*Мама хотела «скорую» вызвать. Она несколько раз пыталась к телефону подойти. Я боялась, что «скорую» вызовет. Если «скорая» придет за мной, то все соседи радоваться будут, что я заболела, смеяться надо мной. Лучше своими ногами в больницу идти, чем на «скорой»*).

- пациентка настроена на убийство матери;
- вентилем неудовлетворенной пароксизмально-эпилептиформной потребности пациентки является расщепление Я. Образ матери расщеплен на «хорошую» мать и «плохую» мать. «Хорошая» мать – мать, которая кормит. «Плохая» мать – мать, которая обладает властью и хочет убить;

- защита от агрессии происходит посредством Сверх-Я (этично-моральной инстанции), амбивалентности в отношениях к объекту.

Пациентка с пароксизмально-эпилептиформным радикалом личности, стремлением к собственной значимости занимает в симбиозе с матерью подчиненную позицию. С позиции динамической психиатрии психодинамику психических заболеваний Г. Аммон [2–5] рассматривает как проявление и результат нарушения в развитии функций Я. Функции Я в своем развитии зависят от структуры отношений прежде всего в первичной группе, в особенности в рамках раннего симбиоза матери и ребенка. Согласно Г. Аммон, шизофрения – болезнь расстроенного комплекса симбиоза, выделение ребенка из симбиоза с матерью и тем самым – задержка здорового психосексуального и психофизиологического развития.

В случае выделения из патологической атмосферы семейной группы структурное повреждение функций Я ведет к поискам партнеров по компенсирующему симбиозу, которые должны заменить патологическую первичную группу, или даже к шизофре-

нической реакции, симптомы которой должны заменить дефициты в психической структуре. Г. Аммон в случае шизофрении говорит о симбиотическом расстройстве, поскольку больной вынужден путем развития симптомов или через замещающие объекты постоянно стремиться к симбиозу, чтобы компенсировать свои дефицитарные, неразвившиеся функции Я.

Так, при психодиагностическом исследовании было выявлено, что социально-позитивные и социально-негативные тенденции пациентки и ее матери взаимно компенсированы. В профиле пациентки по методике Сонди тенденции сферы влечений и сферы Я являются социально-негативными, тенденции этико-моральной сферы и объектных отношений – социально-позитивными. В профиле образа матери пациентки наоборот, тенденции сферы влечений и сферы Я являются социально-позитивными, тенденции этико-моральной сферы и объектных отношений – социально-негативными.

Выводы

Клиническими ведущими мотивами агрессии пациентки являются: бредовые в структуре продуктивно-психотического механизма и эмоциональная бесконтрольность и расторможенность влечений при негативно-личностных механизмах. Психологически цель агрессивного поведения пациентки не причинение вреда матери, а поиск разрядки внутренней психической напряженности. С позиций психодинамического подхода, агрессия у пациентки выступает как одна из форм защиты «Я» и представляет собой основной способ решения проблем, связанных с контролем и сохранением чувства собственной ценности.

При параноидной шизофрении имеют место преимущественные нарушения в эмоционально-волевой сфере, при которых элементы ценностно-нормативной сферы призваны брать на себя компенсаторную функцию. При этом вследствие нарушения механизма социальной опосредованности деятельности у больных шизофренией регуляция агрессивности за счет компонентов ценностно-нормативной сферы происходит по типу подражания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрахам К. Характер и развитие / пер. с нем. С.Ф. Сироткина; предисл. В.М. Лейбина. Ижевск: ERGO, 2007. 180 с.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия и гуманоэпистемология // Обзорение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2. С. 6–9.

3. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
4. Аммон Г. Динамическая структурная психиатрия сегодня // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 38–44.
5. Аммон Г. Принцип социальной энергии в едином мышлении динамической психиатрии // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 298.
6. Белоусова М.Л. Судебно-психиатрическое значение современных тенденций общественно опасных действий, совершаемых больными шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 179 с.
7. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия, контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. 512 с.
8. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1999. 352 с.
9. Васильева Н.В. Клинико-психологическое исследование агрессивности человека: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1998. 296 с.
10. Верходанова Т.В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией: дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007. 217 с.
11. Ениколопов С.Н. Актуальные проблемы исследования агрессивного поведения // Прикладная юридическая психология. 2010. № 2. С. 37–47.
12. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии // Прикладная психология. 2001. № 1. С. 60–72.
13. Кравченко И.В. Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении: дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2011. 143 с.
14. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): пер. с нем. М.: Прогресс, Универс, 1994. 272 с.
15. Незнанов Н.Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1994.
16. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
17. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
18. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
19. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности. СПб., 1996. С. 347.
20. Реверчук И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 17–26.
21. Реверчук И.В. Роль сестры в психотерапевтическом процессе // Сестринское дело. 2007. № 1. С. 3–4.
22. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1996. 96 с.
23. Собчик Л.Н. Модифицированная методика Сонди (тест восьми влечений). СПб.: Речь, 2002 (Метод портретных выборов – адаптированный вариант Сонди, практическое руководство).

24. Соловьева С. Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1996. 600 с.
25. Сонди Л. Каин. Образы зла. М.: Когито-Центр, 2013. 214 с.
26. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2005. 557 с.
27. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // По ту сторону удовольствия: сборник: пер. с нем. Минск: Харвест, 2004. 432 с.
28. Фрейд З. Страх и жизнь влечений // Введение в психоанализ: Лекции. СПб.: Питер, 2004. 384 с.
29. Фрейд З. Я и Оно // По ту сторону удовольствия: сборник: пер. с нем. Минск: Харвест, 2004. 432 с.
30. Bandura A. Aggression: A social learning analysis. Oxford, Prentice-Hall, 1973.
31. Bandura A. Psychological mechanisms of aggression. In Geen R.G., Donnerstein E.I., eds. Aggression: Theoretical and empirical reviews. New York, Academic Press, 1983, vol. 1, pp. 1–40.
32. Cho U.J., Lee J., Kim H.W., Lee J.S., Joo Y.H., Kim S.Y., Kim C.Y., Shin Y.W. Age structure at diagnosis affects aggression in a psychiatric inpatient population: age structure affecting inpatient aggression. *Psychiatry Res.*, 2014, vol. 220(3), pp. 1059–1063.
33. Dollard J., Miller N.E., Doob L.M., Mowrer O.H., Sears R.R. Frustration and aggression. New Haven, Yale University Press, 1939.
34. Golenkov A., Large M., Nielszen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health.*, 2013, vol. 23(5), pp. 347–355. doi: 10.1002/cbm.1876.
35. Golenkov A., Nielszen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2014, vol. 14, p. 46. doi: 10.1186/1471-244X-14-46.
36. Reverchuk I. Gnoseological and methodological crisis and new diagnostic concepts in psychology and psychiatry: focus of attention to addiction diathesis. *Canadian Journal of Science, Education and Culture*, 2014, no. 1(5), vol. II, pp. 415–423.
37. Reverchuk I. Methodological contradictions of modern researches of ethnic tolerance and identity in psychology and psychiatry. *American Journal of Scientific and Educational Research*, 2014, no. 1(4), vol. II, pp. 535–542.

REFERENCES

1. Abraham K. The influence of oral erotism on character-formation. In: Perzow S.M., Kets de Vries M.F.R., eds. Handbook of character studies: Psychoanalytic explorations. Madison, International Universities Press, 1991 (Russ. ed.: Abrahkham K. Kharakter i razvitie. Izhevsk, ERGO, 2007, 180 p.).
2. Ammon G. *Dinamicheskaya psikhiatriya i gumanostrukturologiya* (Dynamic psychiatry and structurology of human). *Obzrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* (V.M. Bekhterev review of psychiatry and clinical psychology). 1994, no. 2, pp. 6–9.
3. Ammon G. *Dynamische Psychiatrie*. Kindler, 1980 (Russ. ed.: Ammon G. *Dinamicheskaya psikhiatriya*. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Institute Publ., 1995, 200 p.).

4. Ammon G. *Dinamicheskaya strukturnaya psikhatriya segodnya* [Modern dynamic structural psychiatry]. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii* [Psychological diagnostic of attitude to illness among patients with neuropsychic and somatic disorders]. Leningrad, 1990, pp. 38–44.
5. Ammon G. *Printsip sotsial'noi energii v edinom myshlenii dinamicheskoi psikhatrii* [Social energy principle in united dynamic psychiatry approach]. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii* [Psychological diagnostic of attitude to illness among patients with neuropsychic and somatic disorders]. Leningrad, 1990, p. 298.
6. Belousova M.L. *Sudebno-psikhiatricheskoe znachenie sovremennykh tendentsii obshchestvenno opasnykh deistvii, sovershaemykh bol'nymi shizofreniei (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie): dis. ... kand. med. nauk* [Trends of socially dangerous behavior of schizophrenic patients: practical significance of forensic psychiatric analysis (clinical epidemiological study). Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2003, 179 p.
7. Berkowitz L. *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill Book Company, 1993 (Russ. ed.: Berkovits L. *Agressiya: prichiny, posledstviya, kontrol'*. Moscow, Prime-Euroznak Publ., 2005, 512 p.).
8. Baron R.A., Richardson D.R. *Human aggression*. Springer Science & Business Media, 2004 (Russ. ed.: Beron R., Richardson D. *Agressiya*. St. Petersburg, Piter Press Publ., 1999, 352 p.).
9. Vasil'eva N.V. *Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie agressivnosti cheloveka. Diss. kand. psikholog. nauk* [Clinicopsychological research of human aggression. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 1998, 296 p.
10. Verkhodanova T.V. *Klinicheskie i sotsial'nye faktory formirovaniya agressivnogo povedeniya bol'nykh shizofreniei: dis. ... kand. med. nauk* [Clinical and social factors of aggressive behavior shaping in schizophrenic patients. Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2007, 217 p.
11. Enikolopov S.N. *Aktual'nye problemy issledovaniya agressivnogo povedeniya* [Live issues of aggressive behavior study]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya* [Applied legal psychology], 2010, no. 2, pp. 37–47.
12. Enikolopov S.N. *Ponyatie agressii v sovremennoi psikhologii* [Concept of aggression in modern psychology]. *Prikladnaya psikhologiya* [Applied psychology], 2001, no. 1, pp. 60–72.
13. Kravchenko I.V. *Nesuitsidal'naya autoagressiya u bol'nykh paranoidnoi shizofreniei, nakhodyashchikhsya na prinuditel'nom lechenii: dis. ... kand. med. nauk* [Non-suicidal autoaggression in compulsory treated paranoid schizophrenia patients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2011, 143 p.
14. Lorentz K. *Das Sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*. Wien, Borotha-Schoeler, 1963 (Russ. ed.: Lorents K. *Agressiya (tak nazyvaemoe «zlo»)*. Moscow, Progress; Univers Publ., 1994, 272 p.).
15. Neznanov N.G. *Kliniko-psikhopatologicheskaya kharakteristika, prognozirovaniye i psikhofiziologicheskaya korrektsiya agressivnogo povedeniya u bol'nykh s psikhicheskimi zabolevaniyami: dis. ... d-ra med. nauk* [Aggressive behavior of mental patients: clinical and pathopsychological characteristic, prognosis and psychophysiological correction. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 1994.
16. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroystv* [Problem of spiritual improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.

17. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi dez-adaptatsii* [Family and spiritual values under psychical deadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, no. 2, pp. 90–99.
18. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical-psychological discourse of health study]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
19. Rean A.A. *Agressiya i agressivnost' lichnosti* [Aggression and aggressiveness]. St. Petersburg, 1996, 347 p.
20. Reverchuk I.V. *Psikhobiologicheskie mekhanizmy nozogeneza pogranychnykh psikhicheskikh rasstroistv* [Psychobiological mechanisms of nosogenesis in borderline mental disorders]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii*, 2006, no. 2, pp. 17–26.
21. Reverchuk I.V. *Rol' sestry v psikhoterapevticheskom protsesse* [The role of nurse in psychotherapy]. *Sestrinskoe delo* [Nursery], 2007, no. 1, pp. 3–4.
22. Semenyuk L.M. *Psikhologicheskie osobennosti agressivnogo povedeniya podrostkov i usloviya ego korrektsii* [Psychological features of adolescent's aggressive behavior and conditions for its correction]. Moscow, 1996, 96 p.
23. Sobchik L.N. *Modifitsirovannaya metodika Sondi (test vos'mi vlechenii)* [Modified Szondi Test: Eight Drives Test]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002.
24. Solov'eva S.L. *Agressivnost' kak svoistvo lichnosti v norme i patologii. dis. ... d-ra psikhol. nauk* [Aggressiveness as feature of normal and abnormal personality. Doct. Diss]. St. Petersburg, 1996, 600 p.
25. Szondi L. *Kain, Gestalten des Bösen*. Bern, Hans Huber, 1978, 188 p. (Russ. ed.: Szondi L. *Obrazy zla*. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2013, 214 p.).
26. Szondi L. *Lehrbuch der experimentllen Triebdiagnostik: tiefenpsychologische Diagnostik im Dienste der Psychopathologie, Psychosomatik, forensischen Psychiatrie, Koriminologie, Psychopharmakologie, Erziehungs-, Berufs- und Eheberatung, Charakterologie und Ethnologie*. Lehrbuch der experimentllen Triebdiagnostik: tiefenpsychologische Diagnostik im Dienste der Psychopathologie, Psychosomatik, forensischen Psychiatrie, Koriminologie, Psychopharmakologie, Erziehungs-, Berufs- und Eheberatung, Charakterologie und Ethnologie Bern, Hans Huber, 1960 (Russ. ed.: Szondi L. *Uchebnik eksperimental'noi diagnostiki vlechenii: Glubinnno-psikhologicheskaya diagnostika i ee primenenie v psikhopatologii, psikhosomatike, sudebnoi psikhiiatrii, kriminologii, psikhofarmakologii, professional'nom i podrostkovom konsul'tirovanii, kharakterologii i etnologii*. Moscow, Kogito-Tsentr, 2005, 557 p.).
27. Freud S. *Jenseits des Lustprinzips*, 1921 (Russ. ed.: Freid Z. *Po tu storonu printsipa udovol'stviyao* In.: *Po tu storonu printsipa udovol'stviya*. Minsk, Kharvest Publ., 2004, 432 p.).
28. Freud S. *Anxiety and Instinctual Life*. In: *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*. 1933, pp. 101–138 (Russ. ed.: Freid Z. *Strakh i zhizn' vlechenii*. In: *Vvedenie v psikhooanaliz: lektsii*. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 384 p.).
29. Freud S. *Das Ich und Das Es*. Vienna, Internationaler Psycho-analytischer Verlag, 1923 (Russ. ed.: Freid Z. *Ya i Ono*. In: *Po tu storonu udovol'stviya: sbornik*. Minsk, Kharvest Publ., 2004, 432 p.).
30. Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*. Oxford, Prentice-Hall, 1973, 390 p.
31. Bandura A. *Psychological mechanisms of aggression*. In: Geen R.G., Donnerstein E.L., eds. *Aggression: Theoretical and empirical reviews*. New York, Academic Press, 1983, vol. 1, pp. 1–40.

32. Cho U.J., Lee J., Kim H.W., Lee J.S., Joo Y.H., Kim S.Y., Kim C.Y., Shin Y.W. Age structure at diagnosis affects aggression in a psychiatric inpatient population: age structure affecting inpatient aggression. *Psychiatry Res.*, 2014, vol. 220(3), pp. 1059–1063.
33. Dollard J., Miller N.E., Doob L.M., Mowrer O.H., Sears R.R. Frustration and aggression. New Haven, Yale University Press, 1939.
34. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health.*, 2013, vol. 23(5), pp. 347–355. doi: 10.1002/cbm.1876.
35. Golenkov A., Nielssen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2014, vol. 14, p. 46. doi: 10.1186/1471-244X-14-46.
36. Reverchuk I. Gnoseological and methodological crisis and new diagnostic concepts in psychology and psychiatry: focus of attention to addiction diathesis. *Canadian Journal of Science, Education and Culture*, 2014, no. 1(5), vol. II. pp. 415–423.
37. Reverchuk I. Methodological contradictions of modern researches of ethnic tolerance and identity in psychology and psychiatry. *American Journal of Scientific and Educational Research*, 2014, no. 1(4), vol. II, pp. 535–542.

Худякова Ю.Ю. Агрессия у больных параноидной шизофренией: психодинамический контекст // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 106–120.

Аннотация. В гносеологии психологии и психиатрии можно указать несколько методологических подходов, каждый из которых отличается своим видением сущности и истоков агрессии. Современные исследования агрессии, агрессивности и агрессивного поведения проводят в основном в рамках фрустрационной теории агрессии; теории социального научения; с позиции этологического подхода; психодинамического подхода; деятельностного подхода. Это приводит к тому, что под «агрессией» понимают широкий спектр явлений. Многими авторами агрессия понимается как поведение, направленное на причинение вреда. Нам представляется, что подобное определение ограничивает область исследования агрессии. Проведен обзор клинических и психологических исследований агрессивного поведения больных шизофренией. Согласно клиническим исследованиям, ведущими мотивами совершения преступлений являются: бредовые в структуре продуктивно-психотического механизма и эмоциональная бесконтрольность, извращенность и расторможенность влечений при негативно-личностных механизмах. Нами был представлен клинический случай больной параноидной шизофренией и описан психологический смысл ее агрессивного поведения. Согласно психодиагностическому исследованию, у пациентки преобладает пароксизмально-эпилептиформный радикал. Вместе с тем больная параноидной шизофренией находится в симбиозе с матерью, где занимает подчиненную роль, что усиливает ее внутреннюю напряженность. Защиты «Я» от деструктивного влечения являются недостаточными, при этом элементы ценностно-нормативной сферы берут на себя компенсаторную функцию при реализации деструктивного влечения. При этом вследствие нарушения механизма социальной опосредованности деятельности у больной регуляция деструктивного влече-

ния за счет компонентов ценностно-нормативной сферы происходит по типу подражания, за счет накопления отрицательно окрашенных переживаний.

Ключевые слова: агрессия, агрессивное поведение, параноидная шизофрения, влечения, вред, симбиоз, психодинамический подход.

Информация об авторе:

Худякова Юлия Юрьевна, медицинский психолог Республиканской клинической психиатрической больницы Минздрава Удмуртии. Россия, 426054, Ижевск, ул. 30 лет Победы, 100, *JuliaYH@yandex.ru*.

Khudyakova Yu.Yu. Aggressiya u bol'nykh paranoidnoi shizofreniei: psikhodinamicheskii kontekst [Aggression in patients with paranoid schizophrenia: psychodynamic context] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 106–120.

Abstract. Gnoseology of Psychology and Psychiatry has several methodological approaches distinguished by their views of the essence and reasons for aggression. Conducting contemporary studies of aggression, aggressiveness, and aggressive behavior within the scope of the frustration-aggression hypothesis and social learning theory from the standpoint of ethological, psychodynamic, and action approaches results in a too broad concept of «aggression». Some authors see it as harmful behavior. Such understanding restricts the area of studying aggression. Clinical and psychological studies of schizophrenic patients' aggressive behavior show that major motives underlying crimes are delusional ones in the structure of productive-psychotic mechanism and incapacity to control emotions, perverse desires and incapacity to suppress the desires in case of negative personality mechanisms. The paper presents a medical case of a paranoid schizophrenia inpatient providing the description of the psychological meaning of her aggressive behavior. Psychodiagnostic investigation of the patient showed the dominance of non-epileptic seizure radical. At the same time, the patient is in symbiosis with her mother; however, her subordinate role increases her inner tension. Her self-defence from the destructive drive is not sufficient; and the elements of the values-regulating sphere undertake the compensatory function while implementing a destructive drive. Owing to the disorder of the mechanism of socially mediating activity the patient's regulation of the destructive drive by the values-regulating sphere components occurs as imitation due to cumulated negative emotional experience.

Keywords: aggression, aggressive behavior, paranoid schizophrenia, drive/ desires, harm, symbiosis, psychodynamic approach.

Information about authors:

Khudyakova Yulia, Clinical Psychologist, Republican Clinical Psychiatric Hospital of Ministry of Health of Udmurtia. 100, 30 Let Pobedy ul., Izhevsk, 426054, Russia. *juliaYH@yandex.ru*.

Поступила: 14.04.2015

Received: 14.04.2015

УДК 615.851.2:159.9
ББК Ю928.72

ВИДЫ И ФУНКЦИИ ГИПНОТИЧЕСКИХ МЕТАФОР В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Ю.А. Абросимова

*Саратовский государственный технический университет имени Ю.А. Гагарина,
Саратов, Россия*

В современной практике психологического консультирования язык метафор, символов и образов используется как спонтанно, так и целенаправленно со стороны клиента и психолога [1]. В данном контексте метафора рассматривается как иносказание, которое содержит ключевые послания от психолога клиенту и от клиента психологу. Метафора клиента – это способ на символическом, образном языке сообщить о своем текущем и желаемом состоянии и других психических явлениях: состояниях и процессах, которые он может осознавать или не осознавать. Гипнотическая метафора, или гипнометафора, – метод, используемый в направлении эриксоновской гипнотерапии психологами и психотерапевтами, который помогает клиенту переместиться из поля проблем в поле решений.

Данный метод имеет ряд закономерностей, а именно: свою специфику построения терапевтических интервенций, психолингвистические аспекты коммуникации психолог-клиент и стратегии психотерапевтического творчества. Гипнотическая метафора как метод достаточно пластичен, поэтому встраивается в структуру беседы с клиентом психотерапевта или психолога различных направлений. Как любой метод, гипнометафора не является единственно верным решением и панацеей и в то же время может значительно усиливать и ускорять процессы исцеления, выступать как инструмент запуска бессознательных процессов, поддерживающих терапию, активизировать скрытые ресурсы и их осознание и использование клиентом.

Основные признаки гипнотических метафор можно разделить на содержательные, структурные и презентационные, которые, в свою очередь, подразделяются на внешние и внутренние. Внешние презентационные признаки могут распознаваться реципиентом ме-

тафоры и в ряде случаев неподготовленными наблюдателями во время использования или спустя несколько минут после использования гипнометафоры. Внутренние признаки проявляются сначала в сфере неосознаваемых психических процессов, затем отражаются в поведении и его осмыслении, означивании адресатом метафоры.

Гипнотическая метафора вводит слушателя в измененное состояние сознания, привлекает внимание к сюжету повествования, при этом можно наблюдать такие реакции, как расширение зрачков, снижение мышечного тонуса, изменение тона кожи, дыхания – и все это относится к внешним презентационным признакам гипнотической метафоры. Но далеко не всякая история, вызывающая подобные внешне наблюдаемые эффекты, является гипнотической, поэтому необходимо отслеживать последствие данной истории: есть ли изменения в той сфере, на которую была направлена метафора? Например, если изменилось поведение, самочувствие или отношение клиента в той области жизни, которую ему хотелось улучшить, можно говорить о наличии внутренних признаков гипнотической метафоры.

В структуре метафоры всегда присутствует несколько слоев, и схематично их можно разделить на три основные категории: послания, относящиеся к сознанию; послания к бессознательному; уровень переплетений, связующий слои, который включает в себя обращения к различным модальностям восприятия (зрительного, слухового, двигательного, тактильного, вкусового, обонятельного и т.д.). Если все слои сбалансированы и наполнены смыслами, действиями, переживаниями, то история создает эффект реальности, включает слушателя в происходящие события, побуждает делать выборы, подходящие ему как личности.

Содержательные особенности гипнометафоры состоят в том, что она повествует о героях и явлениях, отражающих разные личности адресата, с ними ассоциируются ключевые ценности, текущие и желаемые состояния, необходимые ресурсы для достижения целей слушателя. В содержании метафоры, как правило, отсутствует разъяснение смыслов повествования, поскольку каждый воспринимающий гипнотическую историю имеет свое пространство свободы толкований и основные ее послания обращены к сфере бессознательного. В то время как заключительная рационализация этих посланий может узконаправленно вывести их в план сознания и нарушить терапевтический эффект метода, прервав метафору в прямую директиву или поучение.

Гипнотические метафоры особенно уместны в ситуациях, где консультирующий встречается с такими особенностями клиента, как:

- повышенная критичность (предложения и рекомендации оцениваются скептически);
- бессознательный конфликт (нежелание осознавать внутренние противоречия и анализировать их, перерабатывать);
- сложности в применении разговорных практик (отсутствие общего языка, комментарии: «не понимаю, говорите проще»);
- недостаточная гибкость (в поведенческой, эмоциональной, интеллектуальной сферах).

Роль метафоры в данных случаях состоит в том, что она снижает вышеназванные препятствия благодаря тому, что сознательное внимание клиента отвлекается на содержание истории, она воспринимается как «лирическое отступление» от процесса психотерапии и не вызывает сопротивления. Удачная гипнометафора становится составной частью общего смыслового поля в коммуникации психолога и клиента, distraивает его и гармонизирует терапевтические отношения.

Воспринимая гипнотическую историю, слушатель соотносит ее послания с событиями своей жизни и собой как личностью, и поскольку в его сознании удерживается та проблема или задача, которая для него важна, то многие идеи, полученные в ходе предъявления метафоры, воспринимаются им как свои собственные, и часто это именно так и есть. Ни одна гипнометафора не имеет прочтения и универсального и однозначного понимания для всех. Благодаря многовариантности примеров и их толкований гипнометафора предоставляет возможность широкого спектра индивидуальных реакций своим слушателям.

Метафоры в психологическом консультировании и, в частности, в эриксоновской гипнотерапии используют при запросах на саморегуляцию, улучшение отношений, избавление от зависимости и созависимости, развитие адаптивного поведения, преодоление кризисных состояний, выход из которых связан с переструктурированием и интеграцией образа Я, и ряде других профессиональных задач [52, 53].

Рассмотрим основные виды данного метода, особенности структуры и функций метафоры и динамику ее развития.

Основные виды метафор можно классифицировать по следующим основаниям:

По структуре:

- простые изоморфные;
- сложные многосоставные.

По источнику:

- метафоры клиента (символическое выражение проблемы и решения);
- метафоры психолога (символическое выражение представлений специалиста о клиентской – а иногда своей спроецированной – проблеме и ее решении);
- совместные метафоры (результат со-творчества психолога и клиента в процессе исследования проблемы и путей ее решения);
- универсальные метафоры (архетипические или социально правильные).

По целям:

- метафоры перемен;
- эмоций;
- поведения;
- ценностей и убеждений;
- системы отношений;
- образа Я.

Проведем краткий обзор данных видов гипнотических метафор. Простые изоморфные метафоры представляют собой иносказательное описание ситуации, действий, переживаний и размышлений, аналогичных тем, которые присутствуют у клиента, таким образом, что в ходе развития сюжета у героя либо меняется к ним отношение, либо изменяется их содержание на более подходящее для решения заявленной проблемы.

Сложные многосоставные метафоры отличаются от изоморфных сравнительно большим объемом и либо вложенной структурой, либо структурой, организующей взаимосвязь нескольких историй между собой [1, 45, 46]. Данная метафора состоит, как минимум, из трех историй, обращенных к разным аспектам заявленной клиентом проблемы. Первые две истории прерываются и затем завершаются в конце повествования, способствуя забыванию центральных историй на сознательном уровне, так, чтобы их материал поступал с основными терапевтическими и трансформационными посланиями непосредственно к бессознательному клиента.

Метафоры также могут быть классифицированы по источнику своего возникновения (клиент, терапевт и социум). Метафоры клиента – это сообщения о различных аспектах его проблемы в образной, символической, двигательной форме. Например, боль в голове, при которой руки поднимаются к голове и как бы указывают на ту область, которая болит, рисуют ее контуры, если попросить показать, где конкретно болит, описывают ее как тяжесть, похожую на обруч на голове или кирпич в затылке и т.п. Состояние гнева может описываться клиентом как жар по центру тела, взрыв в груди, обида или страх – как узел в животе, – подобные сообщения, поступающие из сферы бессознательного, очень ценны для дальнейшей терапевтической работы. Методы работы с клиентскими метафорами предложены Ж. Беккио, Д. Гроувом, Н. Воотоном и используются в практике эриксоновской гипнотерапии [6, 9, 51].

Персональные метафоры психолога – это вид метафор, которые нежелательны в контексте работы с клиентом, по крайней мере, озвучивать их клиенту не стоит, но раз они возникли, то психолог работает с ними самостоятельно, отслеживая и утилизируя собственные ассоциации и проекции.

Следующая категория метафор – это совместные метафоры психолога и клиента, обширная категория метафор, возникающих в результате того, что клиент сообщает о том потоке образов, который у него наблюдается в процессе терапии, а психолог или психотерапевт организует этот материал согласно законам построения метафор, поддерживающих желаемые изменения.

Универсальная или социально одобряемая метафора содержит в себе архетипы коллективного бессознательного и/или социальные нормы, направлена на повышение адаптации, решение экзистенциальных проблем, задач личностного и духовного развития. В основе данного вида гипнометафор лежат принципы системной стратегической терапии М. Эриксона, имеющей свои цели и методы в зависимости от содержания проблемы и этапа жизни, на котором обращается клиент за помощью [43, 52, 53], а также ряд идей пост-эриксоновского направления гипнотерапии. В частности, соединив подход М. Эриксона с восточными учениями об устройстве человека и мира, Ж. Беккио предложил принципы составления гипнотических историй с использованием символики древних духовных практик и архетипов бессознательного. Следуя данным принципам основателя нового гипноза, можно конструировать гипнометафоры для тех, кто преодолевает жизненный кризис или находится в поиске сферы самореализации [1, с. 135–144].

По своим целям гипнотические метафоры подразделяются на виды: метафоры перемен, изменения эмоций, поведения, ценностей и убеждений, системы отношений и образа Я. В качестве цели в данном случае может рассматриваться как глобальная терапевтическая цель, исходящая из запроса клиента и его ситуации, так и подцель или задача текущей встречи, продвигающая к глобальной. Например, то, что клиенту нужно адаптироваться и реализовать себя во вновь созданной семье и новом коллективе на работе после переезда, может рассматриваться как глобальная цель, а развитие у клиента самодисциплины при этом – как подцель одного из терапевтических сеансов. В зависимости от стиля и структуры работы данная подцель может, в свою очередь, реализовываться либо в одной, либо в серии многих историй (направленных на изменение самоотношения, развитие поведенческих навыков, создание новой системы взаимоотношений, связанных с тем, что предполагает наличие самодисциплины и т.д.), встроенных в процесс взаимодействия с клиентом.

Следует заметить, что поскольку составление большинства метафор, ориентированных на цель, требует дополнительного времени за пределами сеанса [6, 26, 47, 54, 55], то основной вид метафор, который спонтанно сообщается психологом клиенту при первой встрече, это, как правило, метафоры перемен, направленные на запуск бессознательного поиска путей и способов необходимых клиенту изменений, либо изоморфные простые метафоры. Иногда уже одной гипнометафоры перемен бывает достаточно при локальной терапевтической цели, высокой восприимчивости и внутренне простом жизненном мире клиента [8, 12].

Гипнометафоры, ориентированные на цели изменений в эмоциональной, поведенческой, мыслительной сферах клиента, как правило, более продолжительны, чем простые метафоры перемен, они могут содержать в себе несколько слоев и дополнительную встроенную суггестию. Психологу для качественного составления и предъявления метафор, ориентированных на цель, необходимо соблюсти ряд условий, первое из которых – правильная структура метода.

Самый простой по структуре вариант метафоры – это физиологическая или телесная метафора клиента. Данная метафора используется в основном в симптоматически ориентированной психотерапии.

Ж. Беккио выделяет пять уровней метафоры такого рода. «Первый уровень – полное сопоставление, истинное соответствие,

аналогия: “Эта боль сдавливает мне голову, как если бы она была зажата в тиски”. Второй уровень – сокращенное сопоставление: “Эта боль, как тиски”. Третий уровень – это то, что Аристотель называет присутствующей метафорой. В такой метафоре исчезает сравниваемая часть, остается идентичность: “Эта боль – тиски”. Как видите, различия небольшие, но они важны. Четвертый уровень – исчезает сопоставляемое. В этом случае говорят: “эти тиски”. На пятом, кинестетическом уровне мышления, исчезает и слово “тиски”. Остается только ощущение» [6].

Для каждого уровня построения образа клиента терапевт использует свою структуру метафоры: если в случае образа первого уровня в ней будет, как минимум, три компонента (голова, тиски, сдавливание), то в случае четвертого уровня – только тиски. В содержании данной метафоры автор предлагает употреблять в качестве аналога тисков слово «челюсти» и обучать клиента в трансе разжигать челюсти, что способствует снятию боли при мигренях [6, 51].

Для гипнотерапевтической работы с пятым уровнем метафоры клиента, равно как и с другими уровнями, можно использовать структуру работы, предложенную Д. Гроувом и Н. Воотонем в концепции четырех квадратов психотерапии [9]. Первый квадрат психотерапии описывается авторами как традиционная роджерсианская коммуникация, в которой используется «замутненный» язык, смысловые интерпретации клиентом и терапевтом для прояснения содержания проблемы, отношения и ожиданий клиента. Второй квадрат носит название физиологической метафоры, использует «чистый язык» клиента, в этом квадрате можно проводить клиента сквозь травматическое переживание в безопасном режиме и интегрировать отфрагментировавшийся опыт со всем опытом его жизни в целом. Третий квадрат психотерапии посвящен работе с метафорой психоландшафта клиента или психокартографии, отражающей его картину миру и особенности структурирования личного опыта. Клиент обнаруживает, что его персональные символы и метафоры как способствуют структурировать ему свой опыт, так и ограничивают его, он получает возможность расширить свою картину мира и обнаружить дополнительные пути для решения жизненных задач.

Четвертый квадрат психотерапии нацелен на более широкий спектр задач. Будучи первоначально созданным для целей преодоления ПТСР, данный метод в настоящее время также применяется в работе с семейными сценариями и в поиске дополнительных ресурсов личностного роста и обретения целостности. Обна-

руженная в ходе самоисследования метафора клиента в корне преобразует его отношение к исходной психотравмирующей ситуации и сопутствующее ей состояние, поэтому она получила название ко-трансформационной, или спасительной, метафоры.

Н. Воотон называет данный метод исцелением через поколения и рекомендует применять для работы с травмами, где «источник нападения находится вне опыта клиента и приобретает неадекватные его способам защиты пропорции (насилие в детстве со стороны взрослых, войны, катаклизмы, землетрясения и т.д.)» [9]. Полученная метафора ко-трансформации, или спасения, соединяется клиентом с ключевыми элементами его опыта, происходят проверка адекватности терапии и интеграция различных фрагментов психики в глобальном генеалогическом ракурсе.

Ограничения метода Гроува и Воотона состоят в том, что он не работает с подыгрывающими клиентами, психотиками, принимающими транквилизаторы, которые блокируют связь мозга и тела. Поскольку у них отсутствует связь метафор с физиологией, то полученные образы неэффективны в терапии. Важная аксиома в работе с клиентскими метафорами: клиент лучше понимает свою метафору и располагает большими возможностями взаимодействия с ней, чем психолог. Поэтому данный подход одновременно и недирективен, и требует развития интуиции от консультирующего специалиста.

Таким образом, рассмотренные нами клиентские метафоры проявляют в терапевтическом процессе значимый опыт, закодированный в образах и символах бессознательного. Используя серии вопросов, психолог способствует постепенному, послойному раскрытию образной структуры клиентского бессознательного, отражающей как проблемные, так и ресурсные зоны разной степени глубины, возможности их взаимодействия и динамики развития.

Коммуникация клиента со своим бессознательным сопровождается измененными состояниями сознания (ИСС), снимающими возможные барьеры сопротивления, а если таковые возникают, психолог инициирует трансовые состояния, поддерживая данную коммуникацию. И чем более глубокие слои психики затрагивает гипнометафора, тем больший спектр и глубину ИСС мы можем наблюдать в данном процессе. Если в коротких метафорах-проблемах это может быть легкий транс на своем симптоме, легко переходящий в бодрствующее состояние, то в физиологических метафорах можно наблюдать достаточно глубокие внутренние

ориентированные трансовые состояния, в метафорах психоландшафта – преимущественно внешне ориентированные средней степени глубины, а в метафорах ко-трансформации – все вышперечисленные виды могут сопровождаться также трансцендирующими состояниями сознания.

Выбор направления работы с метафорами клиента зависит как от характеристик предъявленного первоначально запроса, так и от особенностей процесса терапии в целом: психолог может начать с короткой работы с симптомом и по мере взаимодействия с клиентом наблюдать, на какие сообщения и вопросы он больше откликается, замечать динамику изменений или содержательность образного ряда.

В контексте терапевтической метафорической коммуникации психолога и клиента также есть возможность создать совместную гипнометафору, отвечающую запросу, либо использовать ряд универсальных дизайнов метафор, либо перевести коммуникацию в обыденное общение и встраивать в него короткие метафорические сообщения, либо все это вместе в многослойной структуре метафорической коммуникации – таково краткое описание пространства вариантов, существующих за пределами клиентских метафор.

Рассмотрим подробнее следующий вид гипнотических метафор, а именно совместные метафоры. К простому уровню совместных метафор клиента и психотерапевта относятся метафоры перемен и изоморфные метафоры. Метафоры перемен используются для запуска процессов желаемых для клиента изменений. Темы для составления метафор перемен можно брать из многих сфер жизни, в частности:

- природа (смена сезонов года, эволюция и рост растений и животных, планетарные и космические изменения);
- человек (развитие человека в физическом, эмоциональном, познавательном плане, изменения в человеческой деятельности, путешествия, эволюция человеческих отношений);
- техника (позитивные изменения по мере технического прогресса, улучшение условий жизни).

Клиент в общении с психологом вербально или невербально указывает на данные темы, обозначая сферу своих интересов, привычный контекст жизни, образный ряд, связанный с запросом.

Критерии выбора тем для метафоры перемен следующие: в первых, это должна быть знакомая, но не сверхзначимая сфера

для клиента. Во-вторых, при выборе тем метафоры перемен отдается предпочтение живым системам, с которыми у человеческой психики сходства больше, чем с техническими. Если выбираются технические системы, то обращается внимание на то, что это меняет содержание деятельности человека без указания, что именно при этом меняется. И, в-третьих, указания на сопутствующие изменениям чувства и мысли делаются предельно неопределенно, согласно принципам милтон-модели [1, с. 222], предоставляя клиенту свободу проявления собственных реакций на метафору.

Таким образом, метафора перемен описывает закономерные процессы трансформаций в природе, социуме и внутренней жизни человека, которые ассоциативно связываются у клиента с ключевыми аспектами его запроса, ориентированного на изменения. Тем самым активируется бессознательный поиск путей и средств этих изменений. Полученные результаты, а в ряде случаев способы их достижения, затем оцениваются сознанием как индивидуально подходящие или не подходящие. При первом варианте можно утверждать, что метафоры перемен достаточно, при втором – дополнить ее другими методами, в том числе метафорическими.

Простая изоморфная метафора описывает ситуацию, подобную по структуре проблемной ситуации клиента, в ней могут участвовать персонажи, которые отражают различные сферы его внешней и внутренней реальности, вовлеченные в проблемную ситуацию. Важно при этом, чтобы завершение истории приводило к желаемой ситуации, когда проблема разрешена или не воспринимается как проблема, например, в ней находятся ресурсные аспекты и ключи к решению.

Изоморфные метафорические структуры могут быть ценным ориентиром для бессознательного, которое ориентируется на похожесть на себя. Главная цель изоморфной метафоры – подстраиваться к ключевым аспектам собеседника и его проблемы, а затем вводить изменения его состояния и поведения, используя историю. Изоморфную структуру полезно использовать, когда подходящая история создается психологом достаточно легко и спонтанно. Основные закономерности построения изоморфной гипно-метафоры состоят в том, что происходит перемещение внимания (референтного индекса в повествовании) с человека на какого-нибудь персонажа рассказа, затем подстройка к проблеме клиента путем нахождения событий и поступков в жизни героя рассказа, сходных с его жизненной ситуацией; обнаруживается доступ к ре-

сурсам, содержащимся в контексте рассказа; далее история продолжается таким образом, что в ней происходят события, в результате которых персонажи разрешают конфликт и достигают желаемого состояния.

Терапевтическая метафора, как правило, встраивается в коммуникацию психолога и клиента: либо в середине многослойной метафоры, либо в структуре трансового наведения, либо в ситуации, когда сознательное внимание клиента отвлечено от контекста психотерапии, так, чтобы основной посыл, заложенный в метафоре, поступал к бессознательному. Например, психолог рассказывает данную метафору в перерыве на чай, обсуждении любых объектов в кабинете и за его пределами, погоды, новостей или после сообщения о завершении сеанса. Терапевтическая метафора сообщается, когда доверие клиента уже получено, контакт достаточно глубок, для того чтобы использовать прямые открытые внушения, которые содержатся в данной метафоре, являющейся «встроенной в мышление самоактивируемой системы с обратной связью» [29].

Один из вариантов простой структуры терапевтической метафоры строится по принципу «класс проблем – класс решений» [12]. Данная структура больше подходит для работы с отдельным симптомом или точечным запросом. Выяснив специфику конкретного запроса, психологу нужно перейти на предельно абстрактный уровень и обозначить класс проблем, к которому она относится. Затем для этого предельно абстрактного класса проблем подобрать предельно абстрактный класс решений. Наконец, вернуться на конкретный уровень и подобрать или сконструировать метафору.

Другой вариант простой терапевтической метафоры – это метафорические задания, в выполнение которых встроены необходимые клиенту изменения, ведущие к решению проблемы. Эриксон часто давал, казалось бы, абсурдные задания своим клиентам (подняться на гору Скво, поменять местами столовые приборы, выращивать и дарить цветы и т.д.), которые они выполняли и исцелялись по мере их выполнения. Д. Миллс и Р. Кроули разработали серии метафор в форме заданий для детей и внутреннего ребенка, которые они называли живыми метафорами, действующими внесознательные системы клиента. Авторы пришли к выводу, что многие проблемы кроются во внесознательных системах (визуальной, аудиальной, кинестетической) [29].

Таким образом, самый простой уровень терапевтических метафор – это одна или несколько фраз – сравнений с проблемным и

желаемым состоянием, либо задания, содержащие ресурсные компоненты для решения проблемы, которые, будучи встроенными в общение психолога и клиента, дополняют его субъективную реальность и начинают работать как ориентиры для бессознательного.

Следующая объемная категория терапевтических метафор, более сложных по структуре – метафоры, ориентированные на цель [26, 55]. Они отличаются основными закономерностями, по которым выстраивается повествование, а именно: обозначают в метафорической форме конфликт главного героя; воплощают подсознательные процессы в образах друзей и помощников (представляющих возможности и способности главного героя), а также в образах разного рода препятствий и отрицательных героев (представляющих ограничивающие части героя); создают в образной форме аналогичные обучающие ситуации, где герой побеждает; представляют метафорический кризис в контексте его обязательного разрешения, когда герой преодолевает все препятствия и побеждает; дают герою возможность осознать себя в новом качестве в результате одержанных побед; завершаются торжеством, на котором все отдадут должное особым заслугам героя [29].

Метафоры, ориентированные на цель, как правило, содержат насыщены, создание их предполагает сбор информации о клиенте, куда входят:

- выявление и утилизация положительных впечатлений – ресурсов: увлечения, друзья, мечты, любые позитивные воспоминания, которые могут стать «каркасом» для метафоры, подсказав знакомые слушателю события и обстоятельства;
- распознавание и утилизация минимальных сигналов – незначительно выраженных поведенческих реакций клиента: вербальных и невербальных, сознательных и бессознательных;
- определение и утилизация сенсорных предпочтений позволяет сориентироваться в оптимальном языке коммуникации, обнаружить возможные нарушения сенсорного равновесия, стоящие за предъявленной проблемой. Нарушения эмоционального или поведенческого характера преодолеваются путем сенсорной интеграции или синхронности, которую можно, в частности, достигнуть, переключая клиента с одной модальности на другую либо давая домашние задания на проработку внесознательных сенсорных систем [1, 29].

Первый вид метафор ориентированных на цель, – это метафора изменения эмоций. Значительная часть обращений к психо-

логу связана с переживанием клиентом нежелательных эмоциональных состояний и стремлением к другим, более конструктивным и поддерживающим его эмоциональным состояниям. Терапевтическая метафора изменения эмоций предназначена для использования совместно с другими методами терапии и метафорическими историями в формате психотерапевтических сеансов.

Следующий вид ориентированных на цель метафор – это метафора изменения поведения. Она применяется в случаях, когда клиенту недостает способностей и умений в значимой для него сфере жизни. Назначение метафор поведения – в предоставлении фона, на котором неоднократно иллюстрируется желаемое поведение, дается возможность обдумать нюансы и примеры целевого поведения без того, чтобы признать необходимость усвоить их [26]. Посредством данных метафор происходит научение поведению путем предоставления клиенту возможности смоделировать, обдумать или рассчитать новое поведение, найти в нем свое место, адаптировать его к себе как личности.

В данных метафорах поведение главного героя описывается в нескольких контекстах. Возможные варианты для повторения: главный герой наблюдает или вспоминает поведение других людей, сам действует точно так же и описывает и демонстрирует другим это поведение в будущем, когда им уже овладел, сделал своим. Клиентские запросы, для которых подходят метафоры изменения поведения, могут быть связаны с адаптацией к новой сфере деятельности, другому стилю жизни, различным проблемным ситуациям в обучении и спорте, требующим новых поведенческих навыков, поэтому закономерным эффектом данной метафоры является оптимизация процессов научения желаемому поведению.

Еще один вид терапевтических метафор, ориентированных на цель, – метафоры изменения убеждений и ценностей. Данные метафоры уместны, когда клиенты встречаются с ограничивающим убеждением по поводу того, что возможно и что невозможно в жизни, чего они достойны и недостойны, могут или не могут себе позволить, о первостепенном и второстепенном, значимом и незначимом в их жизни, о неких правилах, которые были и есть – на уровне сознания воспринимая их как ограничение, но неосознанно продолжая жить в соответствии с этими убеждениями и ценностными приоритетами.

В таких случаях клиенту легко найти массу фактов из жизни, подтверждающих «правоту» его верования, ибо все, что происхо-

дит, интерпретируется им через призму убеждений. Данные убеждения служат средством поддержания и развития проблемы, с которой обращается клиент: он коллекционирует неудачи, забывая успехи, чтобы прийти к заключению о своей неуспешности в жизни. Конструируя метафоры для изменения убеждений и ценностей, психолог может либо предложить переориентироваться с одного, устаревшего убеждения, на другое, более адаптивное, либо расширить спектр вариантов ценностей и убеждений, что ведет клиента к большей гибкости и возможности обнаружить многообразие жизненных сценариев и способов их создавать для себя.

Следует заметить, что весьма значительная часть клиентских обращений бывает связана с наличием ограничивающих убеждений, которые блокируют достижение значимых целей. Поэтому данный вид терапевтической метафоры, по крайней мере, в отечественном контексте психологической практики, имеет перспективу своего дальнейшего применения путем встраивания в терапевтическую и консультационную коммуникацию. Адаптируясь в этом процессе, метод продолжает содержательно и структурно эволюционировать.

Другим видом метафор, ориентированных на цель, является метафора образа Я или центрального самовосприятия. Назначение данной метафоры в том, что она мотивирует к личностному развитию за счет детального описания желаемого образа себя, который воспринимается клиентом диссоциированно, задействует все репрезентативные системы, побуждает двигаться к данному образу. Притягательность образа Я усиливается контекстом значимых ситуаций, в котором он описывается.

Метафора образа Я отвечает клиентским запросам, связанным с проблемами самореализации, принятия себя, индивидуацией, достаточно высокими уровнями личностного и надличностного развития. Для подобных запросов также можно использовать метафоры универсального плана, опирающиеся на архетипы бессознательного, законы социума и мира в целом.

Универсальные метафоры обладают наиболее широким спектром действия и применяются, в том числе, при работе с конфиденциальной проблемой, о которой клиент не может или не готов сообщить. Данные метафоры могут иметь форму пословиц и афоризмов, коротких и продолжительных притч, сказок и рассказов о традициях различных культур, о глобальных природных и общественных трансформациях, они содержат образы с многослойным

значением, которое меняется в зависимости от адресата метафоры и его запроса. Наиболее частые образы, содержащиеся в универсальных метафорах: мудрец, учитель и ученик, ребенок и взрослый, путешественник или странник, образы природных стихий, дня и ночи, сезонов жизни, символических подарков. Предъявляя данные образы в ИСС, мы оставляем клиенту пространство свободы их толкования, поэтому проживание встречи с ними наполняется его персональными личностными смыслами. Взаимодействие с универсальными метафорами не только продвигает проблему к решению, но и дает возможность осознания содержания и закономерностей своего субъективного пространства, открывает пути душевного и духовного роста.

Рассмотрим три направления универсальных метафор по мере роста их сложности: цитаты, сказки, метафоры с элементами духовных практик.

Простые универсальные метафоры – цитаты предъявляются в форме пословиц, поговорок и афоризмов, обычно встраиваются в беседу с клиентом в момент отвлечения его внимания от терапии (перерывы или завершение встречи) либо используются в качестве центральной цитаты в многослойной структуре метафор. Когда мы сообщаем короткие универсальные метафоры вне формального наведения трансa, обычно они звучат со ссылкой на авторство, без интерпретаций и пояснений, почему именно сейчас вспомнилась именно эта фраза, и с последующим отвлечением внимания клиента на другие темы.

Следующее направление универсальных метафор – сказки – в основном применяется для клиентов детского возраста либо для работы с психической инстанцией взрослого клиента, называемой «внутренний ребенок». Сказочные метафорические истории отличаются от несказочных, во-первых, своими персонажами, взятыми из области фантазий, индивидуальных и общественных мифов, и, во-вторых, позитивным завершением сюжета: мы не предлагаем клиенту открытую рамку для размышлений о неопределенном будущем героев, ибо в сказках добро всегда побеждает зло.

Структура метафорической сказки особенно подробно описана у В.Я. Проппа [36], который на основе лингвистического анализа свыше 100 классических русских народных сказок выявил и описал ряд сказочных инвариантов и ввел понятие функции как поступка действующего лица, определяемого с точки зрения его значимости для хода действия. Неизменным Пропп определил набор ролей, т.е.

действующих лиц, обладающих своим кругом действий (имеющих одну или несколько функций). Он выделил семь ролей: отправитель, царевна, герой, лжегерой, помощник, даритель и антагонист. Волшебной сказкой, по Проппу, называется произведение, в котором действуют все или несколько из указанных семи героев, а сюжет содержит в себе вышеназванные функции (с возможными пропусками) в указанной последовательности [39].

Анализируя возможности метафорической сказки, Ж. Беккио отмечает, что клиентам можно рассказывать практически все сказки, которые известны терапевту, выбрав ту, которая больше соответствует культуре и проблематике клиента, а также содержит персонаж, близкий его идеалу личности или обладающий опытом, полезным для решения его задач. Согласно его концепции метафорической сказки, в ней должен быть герой, чем-то похожий на клиента, и персонажи, похожие на значимых людей из его окружения (родителей, друзей и т.д.) Также необходимо ввести в повествование источник необходимых ресурсов: персонаж, обладающий мудростью или силой, и волшебный предмет, и, безусловно, у сказки должен быть счастливый конец [6].

Применение автором статьи метафорических сказок в психологической практике обнаруживает, что наиболее эффективен этот вид метафор в работе с детьми дошкольного и раннего школьного возраста, поскольку на этом этапе развития ребенка «сказочная» коммуникация является для него естественной и не вызывает критики. Для взрослых клиентов сказочная метафора применима в основном в качестве встроенной в многослойную метафорическую структуру, что позволяет отвлечь сознание от критического анализа, а бессознательному принять сказочных персонажей и соотнести их содержание с актуальным клиентским запросом. В практике гипнотерапии редко можно встретить сказочную метафору, которая бы содержала все роли и функции согласно Проппу. Возможно, это происходит потому, что при одновременном соблюдении структурных, функциональных и лингвистических правил как сказкотерапии, так и гипнотерапии, мы можем получить весьма громоздкое повествование, занимающее большой объем времени и ведущее к перегрузке клиента [1].

Наиболее структурно сложным видом гипнометафор являются полноформатные универсальные метафоры с элементами духовных практик. Как правило, они имеют многоэтапную, не всегда многослойную, структуру, позволяющую сознанию клиента вклю-

читься в сюжет необычной истории, а бессознательному – в процесс трансформаций. На входе и на выходе мы напоминаем о некоей цели, которую клиент ставит при использовании метафоры и которую он может озвучить или оставить при себе, и при желании может ее менять по мере прохождения данной практики.

Ж. Беккио предложен ряд дизайнов метафор, использующих архетипы бессознательного и символику древних духовных практик [1, 6, 51]. Данные истории в сокращенном виде могут быть встроены в многослойные метафоры, направленные на самые различные цели, а в полноформатном виде в основном применяются в работе с экзистенциальными кризисами и задачами самореализации.

Существуют также многослойные метафоры с вложенной структурой, вмещающей в себя разные виды метафор. Основной принцип создания данных метафор состоит в том, что они содержат, как минимум, три истории, две из которых прерываются в кульминационный момент, и повествование сменяется другой историей, а центральная трансформационная история рассказывается полностью, далее последовательно завершаются предыдущие прерванные истории [13]. Каждый слой такого метафорического сообщения имеет свой сюжет и цель: отражает проблемную ситуацию клиента, косвенно пробуждает мысли и чувства, связанные с поиском решения, направляет к преодолению внутренних конфликтов и интеграции, обнаружению ресурсов, гармонизации отношений в социуме [1, с. 250].

Дальнейшее развитие метода гипнотических метафор, на взгляд автора статьи, будет происходить под влиянием таких основных факторов, как расширение сферы дистанционной коммуникации, усиление процессов самоисследования, самостоятельного личностного и духовного роста, интеграция различных направлений психологии и психотерапии.

При увеличении доли дистанционного общения в психотерапевтическом процессе особое внимание будет уделяться текстовой стороне метафор, и затем уже, при наличии технической возможности хорошего качества дистанционной связи, – звуковой и видео-презентации метафор. И поскольку само слово, а не то, как оно произнесено, выходит на первый план, появятся более детальные разработки в сфере психолингвистики и психосемантики метафор.

Стремление к самостоятельному овладению методами личностного и духовного роста среди непсихологов на данный момент

выражается в том, что клиент может использовать для себя некоторые практики ИСС и даже пробовать самостоятельно сочинять для себя метафорические истории на основе специальных руководств. В случае удачного знакомства клиента с практикой гипнометафор он будет подготовлен к такого рода коммуникации с психологом, поскольку у него активирован язык общения с его бессознательным. Тогда психологу только остается узнать об этом языке и начать на нем общаться.

Использование метафорической коммуникации в психотерапии и психологическом консультировании оптимизирует процесс взаимодействия между бессознательным клиента и бессознательным психолога, где слова отходят на второй план, уступая место обмену образами в различных модальностях. И, с одной стороны, слова будут важны в метафорах с «непродвинутыми» в психологии клиентами, с другой стороны, надобность в них почти отпадет – для «продвинутых», открытых в коммуникации со своим бессознательным. В этом плане представляются перспективными методики, связанные с двигательным, пространственным и рисуночным преобразованием клиентом своей внутренней метафоры, в частности, предлагаемые в направлении интегральной графики [27].

Следующий фактор – интеграция различных направлений психологии и психотерапии при решении профессиональных задач – приводит к тому, что отдельные виды метафор будут использоваться, возможно, даже в таких сферах, которые на данный момент далеки от них, например, сочетаться с рациональной или когнитивно-бихевиоральной психотерапией, включаться в консультативную практику организационного психолога (в коучинге метафоры давно используются, а по «сфере приложения сил» бизнес-коучинг и оргпсихология во многом близки друг другу). Одно из развивающихся направлений гипнометафор возникло на стыке аналитической и гипнотерапевтической работы со снами: появилось в частности гипноанализ [16], развивается метод коротких сновидений [1, с. 147].

Таким образом, в современном психологическом консультировании можно наблюдать широкий спектр работающих методов гипнотических метафор, которые отличаются спецификой своей структуры и функций и являются перспективным развивающимся инструментом профессиональной деятельности практикующего психолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимова Ю.А. Истории, меняющие жизнь. Практикум создания и использования гипнотических метафор: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Психология». Саратов: Техно-Декор, 2014. 320 с.
2. Абросимова Ю.А. Принципы и методы интеграции личности: учеб. пособие. Саратов: КУБиК, 2013. 240 с.
3. Абросимова Ю.А. Структура метакоммуникации в эриксоновской психотерапии // Эволюция человека и общества (научные проблемы). Саратов, 2000. С. 86–90.
4. Абросимова Ю.А. Структура психолингвистических интервенций в эриксоновской коммуникации // Бюллетень Международной академии психологических наук. Саратов, 2000. С. 44–48.
5. Абросимова Ю.А. Физиологические и эстетические метафоры развития личности в психокоррекционном и обучающем контекстах // Концептуальные парадигмы разума и человека: межвуз. сб. Саратов, 2002. С. 74–77.
6. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века М.: Класс, 2003. 272 с.
7. Бердяев Н.А. Философия свободного духа. М.: АСТ, 2006. 416 с.
8. Васильюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
9. Воотон Н. Работа с культурными и семейными травмами. М.: Класс, 2002.
10. Гагин Т., Уколов С. Новый код НЛП, или Великий канцлер желает познакомиться. М.: Ин-т психотерапии, 2011. 248 с.
11. Гиллиген С. Терапевтические транссы. Руководство по эриксоновской гипнотерапии. М.: Класс, 1997.
12. Гинзбург М.Р., Яковлева Е.Л. Эриксоновский гипноз: систематический курс. М.: МПСИ, 2008. 312 с.
13. Гордон Д., Майерс-Андерсон М. Феникс. Терапевтические паттерны Милтона Эриксона. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. 192 с.
14. Гриндер Д., Делозье Д., Бэндлер Р. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. Т. II. 224 с.
15. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. 256 с.
16. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2007. 221 с.
17. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2008. 320 с.
18. Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. М.: Класс, 2001. 176 с.
19. Коннер Р. Рамочные метафоры в транссе. Томск: Феникс, 1999. 46 с.
20. Котляров А.В. Освобождение от зависимости, или школа успешного выбора. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. 448 с.
21. Кроль Л.М. Между живой водой и мертвой: Практика интегративной гипнотерапии. М.: Класс, 1998. 400 с.
22. Кроль Л.М. Образы и метафоры в интегративной гипнотерапии. М.: Класс, 1999. 128 с.
23. Кроль Л.М., Михайлова Е.Л. Человек-оркестр. Микроструктура общения. М.: Класс, 1993. 160 с.
24. Лейнер Х. Символдрама. Кататимно-имажинативная психотерапия детей и подростков. М., 1997.

25. Лепехов С.Ю. Идеи шуньявады в коротких сутрах Праджняпарамиты // Психологические аспекты буддизма / под рук. Н.В. Абаева. Новосибирск, 1991.
26. Лэнктон К., Лэнктон С. Волшебные сказки: ориентированные на цель метафоры при лечении взрослых и детей. Воронеж: МОДЭК, 1996. 432 с.
27. Любимов А.Ю. Рисунок, исполняющий желания. Как заставить подсознание работать на вас. М.: Центрполиграф, 2009. 160 с.
28. Мамардашвили М.К. Как я понимаю философию / сост. и общ. ред. Ю.П. Сенокосова. М.: Прогресс; Культура, 1992. 415 с.
29. Миллс Д., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка». М.: Класс, 2003. 144 с.
30. Мифы народов мира: в 2 т. / ред. С.А. Токарев. М.: Сов. энциклопедия, 1991. 1340 с.
31. Михеева Н.А. Языковая метафора в конструкциях, обозначающих каузацию эмоционального состояния и эмоционального отношения // Лингвострановедение: методы анализа, технология обучения. Третий межвузовский семинар по лингвострановедению: сб. ст. в 2 ч. / отв. ред. Л.Г. Веденина. М.: МГИМО (У) МИД России, 2006. Ч. 1. С. 152-164.
32. Налимов В.В. Спонтанность сознания: Вероятностная теория смыслов и смысловая архитектоника личности. М.: Прометей, 1989. 288 с.
33. Огинская М.М., Розин М.В. Мифы психотерапии и их функции // Вопросы психологии. 1991. № 4.
34. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека. Парадигмы, проекции, практики. М.: Академия, 2002. 272 с.
35. Притчи. Антология / сост. Н. Якутин, С. Барская, А. Князев, Н. Любова. М.: Экономическая газета. Сер. Русская классическая библиотека. Экономика и духовность, 2011. 568 с.
36. Пропп В.Я. Морфология волшебной сказки. М.: Лабиринт, 2006. 128 с.
37. Психологические аспекты буддизма / под ред. Н.В. Абаева. Новосибирск: Наука, 1991.
38. Скрипюк И.И. 111 баек для тренеров: истории, мифы, сказки, анекдоты. СПб.: Питер, 2006. 176 с.
39. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. М.: Класс, 2008. 288 с.
40. Соколов Д.Ю. Лоскутное одеяло или психотерапия в стиле дзэн. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 256 с.
41. Теория метафоры: сб. / под ред. Н.Д. Арутюновой, М.А. Журинской. М.: Прогресс, 1990. 512 с.
42. Торчинов Е.А. Религии мира: опыт запредельного. Психотехника и трансперсональные состояния. СПб.: Петербургское востоковедение, 2007. 544 с.
43. Хейли Д. Необычайная психотерапия. М., 1995. – 384 с.
44. Шепель В.М. Имиджелогия. Секреты личного обаяния. М.: Феникс, 2005. 472 с.
45. Эриксон Б.Э. Новые уроки гипноза. М.: Класс, 2002. 208 с.
46. Эриксон М. Стратегия психотерапии. СПб., 2000. 512 с.
47. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности. М.: Класс, 1999. 352 с.
48. Юнг К.Г. Архетип и символ. М.: Ренессанс, 1991. 272 с.
49. Юнг К.Г. Исследование феноменологии самости. М.: Рефл-бук, Ваклер, 1997. 448 с.
50. Якушев А. Альманах Притчи.ру. М.: Медиа-Полис, 2012. 632 с.

51. Beccio J., Joussellin C. Nouvelle hypnose. Initiation et pratique. Paris, La Meridienne, 1994.
52. Erickson M., Rossi E. Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. The American Journal of Clinical Hypnosis, July. 1977, 20, 36-54, reprinted in Collected Papers Volume 1.
53. Erickson M., Rossi E. Two level communication and microdynamics of trance. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1976, vol. 18, pp. 153–171.
54. Lankton S., Lankton C. Magic and intervention in family therapy: Training in Ericksonian methods. New York, Brunner/Mazel, 1986.
55. Zeig J.K., Lankton S.R. Developing Ericksonian Therapy: State of the Art, San Francisco, Gardner Books, 1988, 523 p.

REFERENCES

1. Abrosimova Yu.A. *Istorii, menyayushchie zhizn'. Praktikum sozdaniya i ispol'zovaniya gipnoticheskikh metafor: Uchebnoe posobie dlya studentov vuzov, obuchayushchikhsya po spetsial'nosti «Psikhologiya»* [Life-changing histories: hypnotic metaphors creating and using experience: Manual for psychology students]. Saratov, Tekhno-Dekor Publ., 2014, 320 p.
2. Abrosimova Yu.A. *Printsipy i metody integratsii lichnosti: Uchebnoe posobie* [Personality integration: principles and methods: Manual]. Saratov, KUBiK Publ., 2013, 240 p.
3. Abrosimova Yu.A. *Struktura metakommunikatsii v eriksonovskoi psikhoterapii* [Structure of meta-communication and Erickson psychotherapy]. *Evolutsiya cheloveka i obshchestva (nauchnye problemy)* [Human and society evolution: scientific questions]. Saratov, 2000, pp. 86–90.
4. Abrosimova Yu.A. *Struktura psikholingvistikicheskikh interventsii v eriksonovskoi kommunikatsii* [Structure of psycholinguistic intervention in Erickson communication]. *Byulleten' Mezhdunarodnoi Akademii psikhologicheskikh nauk* [International Academy of Psychological Sciences Bulletin]. Saratov, 2000, pp. 44–48.
5. Abrosimova Yu.A. *Fiziologicheskie i esteticheskie metafory razvitiya lichnosti v psikhokorreksionnom i obuchayushchem kontekstakh* [Physiological and aesthetic metaphors of personality development in psychocorrectional and educational context]. *Kontseptual'nye paradigmy razuma i cheloveka: mezhvuzovskii sbornik* [Conceptual paradigms of mind and man: Collected papers]. Saratov, 2002, pp. 74–77.
6. Beccio J., Joussellin C. De la nouvelle hypnose à l'hypnose psychodynamique: initiation et pratique. Desclée de Brouwer: La Méridienne, 2002, 175 p. (Russ. ed.: Bekkio Zh., Rossi E. *Gipnoz XXI veka*. Moscow, Klass Publ., 2003, 272 p.).
7. Berdyaev N.A. *Filosofiya svobodnogo dukkha* [Philosophy of free soul]. Moscow, AST Press Publ., 2006, 416 p.
8. Vasilyuk F.E. *Psikhologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii* [Psychology of emotional experience: analysis of crisis coping]. Moscow, Moscow State University Publ., 1984.
9. Vaughton N. *Rabota s kul'turnymi i semeinymi travmami* [Handling cultural and family trauma]. Moscow, Klass Publ., 2002.
10. Gagin T., Ukolov S. *Novyi kod NLP ili Velikii kantsler zhelaet poznamomit'sya* [New NLP code, or Great Chancellor would like to meet you]. Moscow, Psychotherapy Institute Publ., 2011, 248 p.

11. Gilligan S.G. Therapeutic trances: the cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. Brunner/Mazel, 1987, 366 p. (Russ. ed.: Gilligen S. Terapevticheskie transy. Rukovodstvo po eriksonovskoi gipnoterapii. Moscow, Klass Publ., 1997).
12. Ginzburg M.R., Yakovleva E.L. *Eriksonovskii gipnoz: sistematicheskii kurs* [Ericksonian hypnosis: a systematic course]. Moscow, 2008, 312 p.
13. Gordon G., Meyers-Anderson M. Phoenix: therapeutic patterns of Milton H. Erickson. Meta Publications, 1981, 192 p. (Russ. ed.: Gordon D., Maiers-Anderson M. Feniks. Terapevticheskie patterny Milтона Eriksona. St.Petersburg, Praim-Evroznak Publ., 2004, 192 p).
14. Grinder D., Bandler R, DeLozier J. Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D. Grinder & Associates, 1996, vol.2, 260 p. (Russ. ed.: Grinder D., Deloz'e D., Bendler R. Patterny gipnoticheskikh tekhnik Milтона Eriksona. St. Petersburg, Praim-Evroznak Publ., 2005, vol. II, 224 p.).
15. Dilts R. From coach to awakener. Meta Publications, CA, 2003, 342 p. (Russ. ed.: Dilts R. Kouching s pomoshch'yu NLP. St. Petersburg, Praim-Evroznak Publ., 2004, 256 p.).
16. Domoratskii V.A. *Kratkosrochnnye metody psikhoterapii* [Short-term psychotherapy methods]. Moscow, Psychotherapy Institute Publ., 2007, 221 p.
17. Zinkevich-Evstigneeva T.D. *Praktikum po skazkoterapii* [Narrative tales psychotherapy: tutorial]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2008, 320 p.
18. King M, Citrenbaum C. Existential Hypnotherapy. Guilford Press, 2003, 175 p. (Russ. ed.: King M., Tsitrenbaum Ch. Ekzistentsial'naya gipnoterapiya. Moscow, Klass Publ., 2001, 176 p.).
19. Konner R. *Ramochnye metafory v transe* [Trance framing metaphors]. Tomsk, Feniks Publ., 1999, 46 p.
20. Kotlyarov A.V. *Osvobozhdenie ot zavisimosti, ili shkola uspeshnogo vybora* [Liberation from addiction: school of successful choosing]. Moscow, Psychotherapy Institute Publ., 2005, 448 p.
21. Krol' L.M. *Mezhdzhu zhivoi vodi i mertvoi: Praktika integrativnoi gipnoterapii* [Between Water of Life and Water of Death: Integrative hypnotherapy tutorial]. Moscow, Klass Publ., 1998, 400 p.
22. Krol' L.M. *Obrazy i metafory v integrativnoi gipnoterapii* [Images and metaphors in integrative hypnotherapy]. Moscow, Klass Publ., 1999, 128 p.
23. Krol' L.M., Mikhailova E.L. *Chelovek-orkestr. Mikrostruktura obshcheniya* [The Orchestra-Man: Microstructure of Communication]. Moscow, Klass Publ., 1993, 160 p.
24. Leuner H., Horn G., Klessmann E. Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. In: Beiträge zur Kinderpsychotherapie. Vol. 25. Reinhardt, 1997, 287 s. (Russ. ed.: Leiner Kh. Simvoldrama. Katatimno-imaginativnaya psikhoterapiya detei i podrostkov. Moscow, 1997).
25. Lepkhov S.Yu. *Idei shun'yavady v korotkikh sutrakh Pradzhenyaparamity* [Ideas of Shunya Vada in short Pranjaraparamita sutras]. In: Abaev N.B., ed. *Psikhologicheskie aspekty buddizma* [Psychological aspects of Buddhism]. Novosibirsk, 1991.
26. Lankton C., Lankton S. Tales of Enchantment: Goal-oriented Metaphors for Adults and Children in Therapy. New York, Psychology Press, 1989, 412 p. (Russ. ed.: Lenkton K., Lenkton S. Volshebnye skazki: orientirovannye na tsel' metafory pri lechenii vzroslykh i detei. Voronezh, MODEK Publ., 1996, 432 p.).
27. Lyubimov A.Yu. *Risunok, ispolnyayushchii zhelaniya. Kak zastavit' podsoznanie rabotat' na vas* [Wish-making picture: How to make your subconsciousness work for your benefit]. Moscow, Tsentrpoligraf Publ., 2009, 160 p.

28. Mamardashvili M.K. *Kak ya ponimayu filosofiyu* [How I understand Philosophy]. Moscow, Progress Publ.; Kul'tura Publ., 1992, 415 p.
29. Mills J.C., Crowley R.J. *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within*. Brunner/Mazel, 1986, 261 p. (Russ. ed.: Mills D., Krouli R. *Terapevticheskie metafory dlya detei i «vnutrennego rebenka»*. Moscow, Klass Publ., 2003, 144 p.).
30. Tokarev S.A., ed. *Mify narodov mira: v 2 t.* [Fables of peoples across the world. 2 vols.]. Moscow, Soviet Encyclopedia Publ., 1991, 1340 p.
31. Mikheeva N.A. *Yazykovaya metafora v konstruktivnykh, oboznachayushchikh kauzatsiyu emotsional'nogo sostoyaniya i emotsional'nogo otnosheniya* [Metaphor in causative grammatical constructions depicting emotional state and attitude]. In: Vedenina L.G., ed. *Lingvostranovedenie: metody analiza, tekhnologiya obucheniya. Tretii mezhvuzovskii seminar po lingvostranovedeniyu: sb. st.: v 2 ch. Ch. 1* [Linguistic area studies: analysis methods and educational technologies: Collected papers. 2 vols. Vol. 1]. Moscow, Moscow State Institute of International Relations Publ., 2006, pp. 152–164.
32. Nalimov V.V. *Spontannost' soznaniya: Veroyatnostnaya teoriya smyslov i smyslovaya arkhitektonika lichnosti* [Spontaneity of consciousness: probabilistic theory of meaning and meaning-based personality architectonic]. Moscow, Prometei Publ., 1989, 288 p.
33. Oginskaya M.M., Rozin M.V. *Mify psikhoterapii i ikh funktsii* [Myths of psychotherapy and their functions]. *Voprosy psikhologii* [The Issues of Psychology], 1991, no. 4.
34. Orlov A.B. *Psikhologiya lichnosti i sushchnosti cheloveka. Paradigmy, proektsii, praktiki* [Psychology of human personality and entity: paradigms, projections, practices]. Moscow, Akademiya Publ., 2002, 272 p.
35. Yakutin N., Barskaya S., Knyazev A., Lyubova N., eds. *Pritchi. Antologiya* [Anthology of parables]. Moscow, 2011, 568 p.
36. Propp V.Ya. *Morfologiya volshebnoi skazki* [Morphology of enchantment fairy-tale]. Moscow, Labirint Publ., 2006, 128 p.
37. Abaev N.B., ed. *Psikhologicheskie aspekty buddizma* [Psychological aspects of Buddhism]. Novosibirsk, 1991.
38. Skripyuk I.I. *111 baek dlya trenerov: istorii, mify, skazki, anekdoty* [111 fables for coaches: stories, myths, fairy-tales, jokes]. St. Petersburg, Piter Press Publ., 2006, 176 p.
39. Sokolov D.Yu. *Skazki i skazkoterapiya* [Fairy tales and narrative psychotherapy]. Moscow, Klass Publ., 2008, 288 p.
40. Sokolov D.Yu. *Loskutnoe odeyalo ili psikhoterapiya v stile dzen* [Patch-work quilt, or Zen psychotherapy]. Moscow, Eksmo-Press Publ., 2002, 256 p.
41. Arutyunova N.D., Zhurinskaja M.A., ed. *Teoriya metafory* [Theory of metaphor: Collected papers]. Moscow, Progress Publ., 1990, 512 p.
42. Torchinov E.A. *Religii mira: opyt zapredel'nogo. Psikhotehnika i transpersonal'nye sostoyaniya* [Religions of the world: Experience of the Beyond: Psychotechnics and transpersonal states]. St. Petersburg, Peterburgskoe vostokovedenie Publ., 2007, 544 p.
43. Haley J., Erickson M.H. *Uncommon therapy*. New York, Norton, 1973. (Russ. ed: Kheili D. *Neobychnaya psikhoterapiya*. Moscow, 1995, 384 p.).
44. Shepel' V.M. *Imidzhologiya. Sekrety lichnogo obayaniya* [Imagology: secrets of personal charm]. Moscow, Feniks Publ., 2005, 472 p.
45. Erikson B.E. *Novye uroki gipnoza* (New hypnotic lessons). Moscow, Klass Publ., 2002, 208 p.

46. Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy: an exploratory casebook. Irvington Publishers, 1979 (Russ. ed.: Erikson M. Strategiya psikhoterapii. St. Petersburg, 2000, 512 p.).
47. Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I. Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion. Irvington, 1976 (Russ. ed.: Erikson M., Rossi E., Rossi Sh. Gipnoticheskie real'nosti. Moscow, Klass Publ., 1999, 352 p.).
48. Jung C.G. The archetypes and the collective unconscious. No 20. Princeton University Press, 1981 (Russ. ed.: Yung K.G. Arkhetip i simvol. Moscow, Renessans Publ., 1991, 272 p.).
49. Jung C.G.. Aion: Researches into the Phenomenology of the Self. Routledge, 2014 (Russ. ed.: Yung K.G. Issledovanie fenomenologii samosti. Moscow, Refl-buk Publ.; Vakler Publ., 1997, 448 p.).
50. Yakushev A. *Al'manakh Pritchi.ru* (Pritchi.ru almanac). Moscow, Media-Polis Publ., 2012, 632 p.
51. Beccio J., Jousselein C. Nouvelle hypnose. Initiation et pratique. Paris, La Meridienne, 1994.
52. Erickson M., Rossi E. Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. The American Journal of Clinical Hypnosis, July. 1977, 20, 36-54, reprinted in Collected Papers Volume 1.
53. Erickson M., Rossi E. Two level communication and microdynamics of trance. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1976, vol. 18, pp. 153-171.
54. Lankton S., Lankton C. Magic and intervention in family therapy: Training in Ericksonian methods. New York, Brunner/Mazel, 1986.
55. Zeig J.K., Lankton S.R. Developing Ericksonian Therapy: State of the Art, San Francisco, Gardners Books, 1988, 523 p.

Абросимова Ю.А. Виды и функции гипнотических метафор в психологическом консультировании // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 121-145.

Аннотация. В статье дается определение метода гипнотической метафоры и описываются основные контексты и формы его применения в психологическом консультировании и психотерапии. Рассматриваются основные признаки гипнотической метафоры в психологическом консультировании, ее внешне наблюдаемые презентационные, внутренние структурные и содержательные особенности. Приводится классификация видов гипнометафор в соответствии с их структурой, источником возникновения и терапевтическими целями. Проводится обзор ключевых структурных и функциональных аспектов метафор каждого вида на основе анализа публикаций по эриксоновской гипнотерапии и стенограмм сеансов известных гипнотерапевтов. Особое внимание уделяется видам универсальных и многослойных гипнотических метафор, которые ориентированы на цели коррекции, трансформации и развития и являются важной составляющей психотерапевтического общения. Обозначены основные показания к использованию данного метода и границы применения для каждого вида гипнотических метафор. Намечены пути дальнейшего развития метода гипнотической метафорической коммуникации психолога и клиента под влиянием тенденций к расширению сферы дис-

танционного общения, развитию потребностей в личностном и духовном росте, интеграции различных направлений психологии и психотерапии.

Ключевые слова: гипнотическая метафора, метафорическая коммуникация, психологическое консультирование.

Информация об авторе:

Абросимова Юлия Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Социально-гуманитарного факультета ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет имени Ю.А. Гагарина». Россия, 410008, Саратов, ул. Политехническая, 77, тел. +7 8452 562098, ericom007@mail.ru.

Abrosimova Yu.A. Vidy i funktsii gipnoticheskikh metafor v psikhologicheskom konsul'tirovanii [Types and functions of hypnotic metaphors in psychological counseling] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 121–145.

Abstract. The author defines a hypnotic metaphor and describes the main contexts and forms of using it in psychological counseling and psychotherapy, considering its main characteristics, extensional presentational features, peculiarities of the internal structure and intension. The paper contains the classification of hypnometaphor types according to its structure, source of origin, and therapeutic use. Based on the analysis of the published papers devoted to Erickson hypnotherapy and transcripts of the shows by well-known hypnoterapists, the author reviews the key structural and functional aspects of each type of metaphor. Special attention is paid to the types of universal and sandwich metaphors that are aimed at correction, transformation, development and present an important element of psychotherapeutic communication. The author offers major indications for using this method and defines the scope of use for each type of hypnotic metaphor, planning also ways of further development of the method of hypnometaphorical communication between a psychologist and a patient, considering the tendency to expanding the sphere of distant communication, increasing demand for personality and spiritual growth, and integration of various branches of Psychology and Psychotherapy.

Keywords: hypnotic metaphor, metaphorical communication, psychological counseling.

Information about author:

Abrosimova Yulia, PhD in Psychology, Associate Professor, Psychology Department, Social Science and Humanities Faculty, Gagarin Saratov State Technical University. 77, Politechnicheskaya ul., Saratov, 410008, Russia. Tel. +7 8452 562098. ericom007@mail.ru.

Поступила 18.03.2015
Received 18.03.2015

УДК 616.8-009:615.851

ББК Ю974.581:Ю994

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ

Е.А. Колотильщикова

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Психотерапия является наиболее важным и признанным средством лечения неврозов и невротических расстройств в силу того, что она нацелена на разрешение внутриличностных конфликтов, лежащих в основе психических нарушений невротического уровня [8, 22, 59]. В наших предыдущих работах мы описывали психологические механизмы неврозогенеза [11–13], дифференциальные подходы при диагностике невротических расстройств [7, 14], а также наиболее оптимальные подходы к их терапии [15, 16]. Тем не менее в исследованиях, посвященных психотерапии, в последние годы появляется немало новой информации, которая нуждается в осмыслении и соотнесении с уже сложившимися представлениями и подходами психотерапии. Задача выделения и сравнительного описания психологических факторов и механизмов психотерапии является по-прежнему актуальной.

Так, в психодинамически ориентированном направлении психотерапии в качестве основных терапевтических подходов используются метод свободных ассоциаций и интерпретация терапевтом переноса, сопротивления и сновидений пациента. Представители классического психоанализа психотерапевтические воздействия фокусируют на том, чтобы помочь больным с невротическими расстройствами не бояться импульсов своего Ид и успешно их контролировать [32, 46]. Различные ответвления от ортодоксального психоанализа, например, терапия объектных отношений, направлены скорее на то, чтобы помочь пациентам обнаружить и разрешить детские проблемы взаимоотношений, которые продолжают поддерживать высокий уровень тревоги и других психопатологических симптомов в зрелом возрасте [10, 52, 53, 74].

В рамках гуманистической и экзистенциальной моделей психотерапии основные интервенции предполагают эмпатию и без-

условное позитивное отношение к пациенту, а также экзистенциальную конфронтацию [2, 21, 34, 41, 66]. Исходным является предположение о том, что атмосфера искреннего принятия и заботы дает ощущение безопасности, в котором нуждаются больные с различными нервно-психическими заболеваниями. Чувствуя безопасность, пациенты могут лучше определить свои истинные потребности, мысли и эмоции, а также «узнать» себя, что означает научиться целиком доверять себе, быть аутентичным, принимать себя и мир таким, какой он есть. Если решить основные феноменологические проблемы, связанные со страхом смерти, одиночества, ответственности и бессмысленности существования, у больного с невротическим расстройством тревога и другие симптомы будут постепенно редуцироваться.

В основу поведенческой психотерапии положен метод систематической десенсибилизации, разработанный J. Wolpe [73]. Пациенты учатся расслабляться, находясь под воздействием объектов или ситуаций, вызывающих у них страх, тревогу и другие невротические реакции. Поскольку состояние расслабления и тревога, страх несовместимы, то реакция расслабления препятствует появлению негативных эмоциональных реакций. Кроме того, одной из известных бихевиористских техник является терапия наводнением (или экспозиционная терапия), при которой пациент постепенно перестает бояться тех вещей, с которыми он неоднократно сталкивается [35, 36, 45]. Терапевты заставляют больного встречаться с пугающими предметами или ситуациями, не прибегая к систематической десенсибилизации.

В когнитивном направлении терапевты помогают пациентам менять неадекватные убеждения, которые, предположительно, лежат в основе их расстройства, обучают больных с различными нервно-психическими расстройствами адекватным навыкам совладания в стрессовых ситуациях [19, 38, 43, 44, 58].

Вопрос об основополагающих психологических механизмах, общих для всех школ и направлений, благодаря которым у пациента происходят изменения в процессе психотерапии, возник относительно недавно. Его появление обусловлено тем, что и клиническая психология, и психотерапия, в том ее аспекте, который тесно взаимосвязан с теориями личности, находятся на новом этапе развития.

Согласно T.S. Kuhn [56], существуют три стадии развития любой науки: раннего развития, нормальной науки и стадия научной

революции. Ранняя стадия развития характеризуется отсутствием общепринятой модели, или парадигмы, определяющей сферу наблюдений и методы, которые следует применять в эмпирическом исследовании. Стадия нормальной науки начинается с принятия подобной модели и опирается на отчетливые, воспроизводимые научные достижения. Вместо множества конкурирующих школ в данной области знаний их остается очень немного, а то и вовсе – одна-единственная школа [26]. В последнее время появляется все больше свидетельств того, что в научной психологии доминирует когнитивная точка зрения, взявшая верх над психоанализом и бихевиоризмом [65]. Т.С. Kuhn [56] считает, что социальные науки все еще находятся на стадии раннего развития и не достигли стадии первой общепринятой парадигмы. Однако в последнее время стало появляться все больше научных работ, в которых осуществляются попытки интегрировать накопленные к настоящему моменту знания, в психотерапии они связаны с переориентацией с теоретических подходов на процессуальные. Иными словами, современные системы психотерапии все больше пытаются центрироваться не на теориях личности и психопатологии, а на процессах изменения, в первую очередь они занимаются лечением нервно-психических расстройств, а не их объяснением [5, 27, 28, 49, 50]. В этой связи встает вопрос о выделении основных психологических механизмов, лежащих в основе терапевтических изменений, общих для всех направлений психотерапии.

Разные ученые выделяют неодинаковое число общих психотерапевтических факторов/механизмов. Так, К. Grawe [49] различает «компетентность в совладании/преодолении» («*mastery/coping*»), «прояснение и коррекцию значений» («*clarification of meaning*»), «актуализацию проблемы» и «активацию ресурсов». Первый механизм касается способности пациента к усвоению тех умений и навыков совладания, дефицит которых обусловлен наличием нервно-психического расстройства. Второй механизм связан с переоценкой ситуации, которую больной расценивает как угрожающую, пугающую, катастрофическую и т.п. Третий состоит в актуализации проблемных паттернов эмоций и поведения с целью их непосредственной коррекции в процессе психотерапии, например, в ходе психодрамы. Четвертый механизм подразумевает мобилизацию ресурсов со стороны пациента, чтобы в нем произошли и устойчиво сохранялись терапевтические изменения.

J.O. Prochaska и J.C. Norcross [28] определяют десять механизмов/процессов изменения, которые на сегодняшний день получи-

ли наибольшее эмпирическое подтверждение: 1) повышение осознания; 2) катарсис/резкое облегчение; 3) самопереоценка; 4) переоценка среды; 5) самоосвобождение; 6) социальное освобождение; 7) противообусловливание; 8) стимульный контроль; 9) управление обстоятельствами; 10) помогающие отношения. Авторы предложили транстеоретическую модель, по существу интегративную, опирающуюся на три ключевых параметра: процессы, стадии и уровни изменения [28, 29, 64]. Соответственно, процессы – это скрытые или явные действия, которые пациент предпринимает, чтобы изменить эмоции, мышление, поведение или отношения, связанные с конкретными проблемами. Стадии представляют собой специфические совокупности установок, намерений и паттернов поведения, связанных со статусом пациента в цикле изменения. Авторы транстеоретической модели выделяют пять стадий: предварительное обдумывание, обдумывание, подготовка, действие и сохранение. Изменение является феноменом, который раскрывается во времени. Каждая стадия отражает не только период времени, но и набор задач, необходимых для перехода к следующей стадии. Хотя время, затрачиваемое пациентом на каждой стадии, варьирует, считается, что задачи, которые должны быть выполнены, инвариантны.

Важной детерминантой прогноза терапии является долеченная стадия изменения пациента, чем дальше он продвинулся в стадиях изменения к началу психотерапии, тем быстрее сможет прогрессировать. Установлено, что это правило срабатывает, в том числе, для больных с паническим расстройством [39].

Стадии изменения человека обеспечивают предписывающую, а также запрещающую информацию о лечении выбора. Разновидности терапии, ориентированные на действие (например, поведенческая психотерапия), могут быть очень эффективными для больных, находящихся на стадиях подготовки и действия. Однако те же самые программы могут оказаться неэффективными для пациентов на стадиях предварительного обдумывания или обдумывания, для них наиболее продуктивны когнитивные и психоаналитические подходы.

Уровни изменения отражают иерархическую организацию пяти отличающихся, но взаимосвязанных уровней психологических проблем, к которым обращаются в психотерапии: 1) симптомные/ситуационные проблемы; 2) дезадаптивные когниции; 3) интерперсональные конфликты в настоящем; 4) семейные/системные конфликты; 5) интраперсональные конфликты.

При вмешательстве на различных уровнях изменения могут быть использованы три базовые стратегии. Первой является смещение уровней. Это последовательное прохождение через все стадии изменения до тех пор, пока состояние пациента не улучшится в достаточной степени или пока не будут проанализированы самые глубокие, наименее осознаваемые и наиболее резистентные интраперсональные конфликты. Это стратегия смещения с более высокого на более глубокий уровень. Второй стратегией является фокусировка на ключевых уровнях. Если имеющиеся факты недвусмысленно указывают на один ключевой уровень каузальности (как в случае с невротическими расстройствами), то психотерапевт может работать прежде и больше всего на этом уровне вмешательства. Третья альтернатива — стратегия максимального воздействия. При максимальном воздействии можно разработать интервенции, которые влияют на пациента на всех уровнях изменения.

Продолжительность психотерапии варьирует в зависимости от стадии и уровня изменения, а также от того, насколько успешно пациенты работают между сессиями. Больные, которые начинают лечиться будучи уже подготовленными к действиям, могут проходить краткосрочный вариант психотерапии в течение 6-10 сеансов. Чем большее количество защитных барьеров надо преодолеть пациентам, и чем менее успешна работа, которую они способны проделать, тем дольше длится курс психотерапии, занимающий в этих случаях от 6 месяцев и больше.

К. Grawe, J.O. Prochaska [28, 47] считают, что со временем специальные научные исследования позволят узнать, какой именно уровень вмешательства наиболее эффективен для конкретных пациентов с конкретными психическими расстройствами. На настоящий момент считается, что психоаналитические разновидности психотерапии наиболее полезны на стадиях предварительного обдумывания и обдумывания. Экзистенциальная, когнитивная и интерперсональная терапия особенно хорошо подходит для стадий подготовки и действия. Поведенческая и экспозиционная терапия наиболее показана во время действия и сохранения.

Транстеоретическая модель предлагает «средство подгонки лечения», а именно соотнесение его со стадией и уровнем изменения пациента. Если больные с нервно-психическими расстройствами различаются в своей готовности предпринять действия касательно своих нарушений, то лечебные методы должны варьировать с точки зрения того, сколь интенсивных действий они тре-

буют от клиентов. Например, в рамках поведенческого направления разработаны вмешательства, ориентированные на действие, но эти психотерапевтические мероприятия могут быть адекватны только для небольшого процента людей, которые подготовлены к действию в любой отдельно взятый момент времени.

В настоящее время в ряду общих факторов/механизмов психотерапии рассматривается проблема мотивации в психотерапии, она разделяется на несколько составляющих [1, 3, 5, 9, 27, 30, 33], в частности на мотивацию самого больного (или клиента) к изменениям и переменные мотивации со стороны психотерапевта, которые способствуют или препятствуют развитию активной мотивации.

В начале развития психотерапии большое внимание уделялось разработке критериев и подбору «подходящих» пациентов для лечения — это было связано с тем, что ответственность за неудачный исход терапии приписывалась пациенту [3-4]. Эта точка зрения наиболее полно представлена в работах основоположников психоанализа и основана она на теории глубинной мотивации. Так, S. Freud [32] считал, что у пациента нет никакого бессознательного желания прогрессировать в лечении; скорее, наоборот, он сильно мотивирован сопротивляться попыткам психотерапевта помочь ему, поскольку симптомы и дефекты характера пациента поддерживаются удовлетворением, которого он бессознательно достигает путем фиксации некоторых своих импульсов на инфантильных объектах и целях.

В дальнейшем такая призма рассмотрения проблемы мотивации была существенно пересмотрена, и в настоящее время даже психоаналитически ориентированные психотерапевты признают ее ошибочность. Например, J. Weiss [4] утверждает, что пациенты бессознательно сильно мотивированы прогрессировать в терапии, но боятся делать это, так как симптомы и проблемы характера поддерживаются патогенными убеждениями, которые формируются в раннем детстве на основе полученного опыта в родительской семье. Эти убеждения предостерегают пациента: если он откажется от своей психопатологии, то подвергнет себя или тех, кого любит, опасности.

Изменения во взглядах на вопрос мотивации произошли и в рамках когнитивно-поведенческого направления. Ортодоксальные представители этой школы, находясь в оппозиции к психоаналитикам, практически не рассматривали эту проблему, так как само обращение пациента за помощью и проведение ряда техни-

ческих интервенций, основанных на десенсибилизации, считались достаточными условиями достижения позитивных изменений. Современные сторонники этого направления уже не так категоричны в этом вопросе. Так Р. Emmelkamp (2004) указывает, что «роль клиента заключается в том, чтобы сотрудничать с психотерапевтом при использовании технических приемов, но клиент не должен становиться лишь объектом применения этих приемов. Самые мощные технические приемы окажутся бесполезными, если клиент будет лишен мотивации и не готов к сотрудничеству с психотерапевтом». Видные представители когнитивно-поведенческой психотерапии R.L. Wessler и S. Hankin [72] пишут: «Поведенческий и когнитивный подходы... применимы для работы лишь с клиентами, готовыми выполнять домашние задания. Выполнение таких заданий – необходимое условие эффективности психотерапии. Решение клиента не сотрудничать с психотерапевтом в ходе психотерапии само по себе требует понимания, достигаемого благодаря использованию психологических принципов».

Психотерапевты, относящие себя к экзистенциально-гуманистическому направлению, придают мотивации пациента к психотерапии первостепенное значение. Например, один из самых известных психотерапевтов J.F.T. Bugental [2] пишет: «Во многих направлениях психотерапии вниманию и мотивации клиента придается большое значение, большинство же экзистенциалистов твердо убеждены в том, что названные факторы не просто желательны, а являются абсолютно необходимым условием подлинной глубокой психотерапии».

Обзор воззрений на проблему мотивации в психотерапии может быть очень обширным, точек зрения может быть столько же, сколько существует многочисленных, отличающихся друг от друга взглядов на теорию и практику психотерапии. При этом нередко психотерапевты склонны считать свое видение обсуждаемого вопроса единственно верным. По этому поводу J.K. Zeig и W.M. Munion в предисловии к книге «Психотерапия – что это?» [6] иронично цитируют афоризм Марка Твена: «Если единственный инструмент, которым вы располагаете, это молоток, то множество различных предметов покажутся вам гвоздями».

Существующие точки зрения иногда носят экстремальный характер, так E.L. Phillips [63] считает, что до настоящего времени никакие параметры индивидуальных особенностей клиентов, в том числе мотивация, не обнаружили приемлемой валидности. Автор полагает, что любая психотерапия характеризуется тем, как

она *организована* (каковы, например, принятые в ней временные границы), важны условия, в которых проводится психотерапия, в связи с этим методы, ориентированные на содержание теорий мотивации, личностных черт и т.д., должны быть исключены из научного рассмотрения.

Однако чаще всего взгляды современных исследователей не столь радикальны, большинство из них в целом признают, что психотерапия может помочь большинству людей, а для оказания этой помощи имеется масса разнообразных методов, эффективность которых уже доказана. Практикующим специалистам рекомендуется отказаться от подбора пациентов и направить свои усилия на выбор метода лечения, отвечающего нуждам и возможностям каждого больного индивидуально.

В то же время соблюдение этих рекомендаций не исключает осмысленного учета личностных характеристик пациентов и психотерапевтов, и прежде всего тех из них, которые напрямую связаны с вопросом мотивации. На необходимость рассмотрения этих факторов указывают результаты исследований, обобщенных М. J. Lambert [57] и G. Stricker [68] и свидетельствующих о том, что: а) неудачи психотерапии не являются неотъемлемым свойством определенных психотерапевтических подходов или определенных психотерапевтов; б) пациентам, которым не помогает один тип лечения, обычно не помогает и любой другой вид лечения. Как уже указывалось, в современных руководствах по психотерапии и клинической психологии эти переменные анализируются в разделе «Общие факторы психотерапии», в них наиболее часто выделяют следующие характеристики, в той или иной степени влияющие на уровень мотивации пациента:

1. Степень испытываемого психического напряжения (уровень дистресса). Ученые считают, что чем она выше, тем выше мотивация к выздоровлению [3, 5]. Чем более тревожен или подавлен человек (до определенных пределов) в момент обращения к психотерапевту, тем выше вероятность того, что он продолжит лечение и вступит в активное взаимодействие с терапевтом [51].

2. Степень информированности о психотерапии. К моменту обращения к психотерапевту у пациента чаще всего уже имеется сложившееся мнение (как правило, ограниченное, либо искаженное) о том, в чем должна состоять психотерапия и чего с ее помощью можно добиться. В качестве рекомендаций I.B. Weiner [3] предлагает проанализировать и модифицировать подобные пред-

ставления до начала лечения, «так как успех психотерапии частично зависит от соответствия ожиданий пациента и намерений психотерапевта».

3. Терапевтические экспектации (ожидания) [27]. Степень соответствия конкретного психотерапевтического предложения ожиданиям пациента может существенно повлиять на уровень мотивации и течение терапии. Практически все пациенты настаивают себя на быстрое излечение. Даже те, кто осознает, что для достижения положительного результата обычно требуются месяцы или годы, все же испытывают разочарование, когда после нескольких сеансов не обнаруживают ощутимых изменений. Кроме того, многие люди обращаются к психотерапевту, ожидая, что он полностью разрешит все их эмоциональные проблемы раз и навсегда. Заметив, что пациент, явно или скрыто, питает подобные надежды, терапевт должен быть готов обсудить с ним цели и возможные результаты лечения.

Другой аспект ожидания – это ожидание успеха со стороны пациента; этот фактор тщательно изучали в основном в рамках исследования плацебо. В настоящее время большинство психотерапевтов сходятся во мнении, что те, кто стремится к лечению и на момент обращения уже готов к активному сотрудничеству, имеют больше шансов на позитивный исход, чем те, у кого эти проявления мотивации отсутствуют.

К феномену ожидания относится также компетентность, приписываемая психотерапевту пациентом, и насколько пациент считает психотерапевта заслуживающим доверия [69].

4. Интенсивность и форма расстройства. Почти все известные исследователи определяют ряд ограничений в проведении психотерапии, связанных с характером расстройства пациентов. N. McWilliams [20] считает, что больные с психопатическим (асоциальным), нарциссическим, шизоидным, параноидным и маниакальным типами организации характера тяжело поддаются психотерапевтическим воздействиям именно по причине их недостаточной или патологической мотивации. Однако это не означает, что психотерапия не может помочь таким больным, существует большое количество исследований, где доказано наличие позитивных изменений, произошедших в ходе лечения в жизни большинства пациентов, даже тех, кто страдает серьезными психическими расстройствами с хроническим или рекуррентным течением [42, 67].

5. Степень дефензивности, иными словами, чем более пациенту присущи робость, застенчивость, ранимость и прочие подобные характеристики, тем выше вероятность достижения им успеха в процессе психотерапии [60]. Опираясь на конструкт дефензивности, можно интерпретировать и такие переменные, как «готовность пациента приступить к терапии» и «самоэксплорация» [27].

К характеристикам психотерапевта, способствующим развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента, относят:

1. Способность устанавливать теплые, уважительные и не вызывающие страх (доверительные) отношения с пациентом. D.E. Orlinsky, K. Grawe, B.K. Parks [60] обобщают современное состояние исследований, посвященных переменным терапевтическим отношениям: свыше 1000 соответствующих результатов говорят о том, что этот фактор является основной переменной психотерапевта как в индивидуальной, так и в групповой терапии и сильно влияет на воздействие терапии в целом. Важнейшей задачей психотерапевта в этой связи является необходимость вселять в пациента надежду на получение помощи и давать ему возможность ощутить реальные успехи, поддерживая тем самым эту надежду.

2. Ожидания и установки психотерапевта по отношению к пациенту влияют на поведение и психотерапевта, и пациента (по аналогии с эффектом Розенталя). Исследования этого вопроса показывают, что наиболее сильное воздействие наблюдается в том случае, если ожидания психотерапевта и пациента позитивны [40].

3. Личностные характеристики, которые выступают для пациентов в качестве модели. Воздействием модели обладают такие особенности психотерапевта, как уверенность в себе, принятие себя, отсутствие тревоги или толерантность к фрустрации, а также позитивные ценностные и общие установки [5, 27, 30]. Л.Ф. Бурлачук с соавт. [1] в качестве важной характеристики выделяет альтруизм.

В целом, ни переменные психотерапевта, ни переменные пациента нельзя считать интраиндивидуально независимыми друг от друга, они находятся в постоянном интериндивидуальном взаимодействии. Однако при всем многообразии взглядов, в современной литературе основной акцент делается не на недостаточной мотивированности пациента, а на ответственности психотерапевта за создание тех условий, в которых эта мотивация может появиться и укрепиться.

Возвращаясь к вопросу об основных процессах/механизмах терапевтических изменений, необходимо отметить, что общими

их делает то, что они затрагивают всю психофизиологическую систему личности: мотивационные, эмоциональные, когнитивные, моторные, психофизиологические, биохимические и неврологические функции. В последнее время стали появляться экспериментальные доказательства этого положения.

В исследовании Raquette et al. [61] с помощью функциональной МРТ были изучены эффекты когнитивно-поведенческой психотерапии в отношении их влияния на активность головного мозга при провокации симптомов в группе из 12 больных с арахнофобией. До лечения демонстрация фильмов, вызывающих приступ страха, вызывала активацию правой дорсолатеральной префронтальной коры и парагиппокампальной извилины, после успешно проведенной психотерапии эта усиленная активность нормализовывалась.

Еще одна работа, посвященная нейрофизиологическим эффектам психотерапии, была проведена Furmark et al. [47] методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в группе больных с социофобией, после психотерапии у этих пациентов отмечалось уменьшение активности в миндалине и гиппокампе.

В ПЭТ-исследовании Baxter et al. [37] обнаружили снижение кровотока в головке правого хвостатого ядра после успешного лечения больных с обсессивно-компульсивным расстройством. Многими исследователями повышение активности хвостатого ядра связывается с возникновением навязчивых состояний.

Помимо концептуальных подходов в современной психотерапии все большую популярность и распространение получают практические лечебные руководства, основанные на строгой научно-исследовательской базе и доказанных фактах и описывающие конкретные рекомендации по технике и структуре построения интервенций [5, 28, 60]. Одним из таких признанных эмпирических подходов стала тактически и стратегически хорошо структурированная интерперсональная психотерапия. Ее авторами в конце 60-х – начале 70-х г.г. XX века стали американские психиатр G.L. Klerman и социальный психолог M.M. Weissman [54, 55]. Метод представляет собой краткосрочный (до 16 одночасовых встреч, 1-2 раза в неделю) вариант психотерапии депрессий, фокусирующийся на межличностных отношениях пациента, с целью редукции депрессивной симптоматики и разрешения социальных и межличностных проблем, которые связаны с началом развития симптомов.

В современной западной литературе некоторые авторы интерперсональную психотерапию G.L. Klerman и M.M. Weissman рас-

смаатривают в рамках социокультурной терапии, например, R.J. Comer [17] в своей книге пишет: «Наиболее эффективными социокультурными подходами при лечении монополярной депрессии являются межличностная психотерапия и супружеская терапия. Приемы, используемые в этих видах лечения, часто заимствованы из других моделей, но в данном случае они применяются с целью помочь людям преодолеть социальные трудности, которые могут лежать в основе их депрессии».

Другие признанные исследователи [27, 49] считают, что интерперсональная психотерапия G.L. Klerman и M.M. Weissman представляет собой особый случай – ее нельзя отнести ни к одной из трех существующих традиционных школ психотерапии. Речь идет о новой терапевтической форме, в которой самое главное – интерперсональная направленность, хотя она и демонстрирует значительное сходство с когнитивно-поведенческими терапевтическими программами терапии, особенно в части цели и практических действий.

G.L. Klerman и M.M. Weissman [54, 55] разработали теоретическое обоснование происхождения депрессивных расстройств, при этом в своих гипотезах генеза депрессий они опирались на концепции более старых и новейших социально-психиатрических исследований с привлечением подходов, базирующихся на психологии развития и социальной психологии; при этом не в последнюю очередь авторы ссылаются на исследования привязанности и исследования поддержки.

Так, проведенные исследования показывают, что на вероятность возникновения депрессии влияет доступность социальной поддержки. В США среди людей, живущих отдельно со своим супругом или разведенных, распространенность депрессии в три раза выше, чем среди женатых или вдовствующих, и в два раза выше, чем среди людей, никогда не состоявших в браке [71]. Люди, живущие обособленно и лишенные эмоциональной поддержки, по видимому, особенно предрасположены к депрессии в периоды стресса [62]. Исследования также показывают, что у людей, лишенных социальной поддержки, депрессия длится дольше, чем у тех, рядом с кем есть готовый помочь супруг или верные друзья [48].

На этой теоретической базе G. L. Klerman и M. M. Weissman постулировали следующие положения: интерперсональные отношения выполняют важнейшую функцию в предупреждении депрессивных расстройств; утраты и проблемы интерперсонального уровня имеют существенное значение для развития и/или под-

держания депрессии. Главная особенность интерперсональной психотерапии – в наличии многоуровневой стратегии для разрешения конкретных проблем.

G.L. Klerman и M.M. Weissman утверждают, что к депрессии может приводить и должна быть учтена любая из четырех межличностных проблемных областей: межличностная утрата, межличностный ролевой конфликт, межличностный ролевой переход (сдвиг) и межличностный дефицит [54, 55]. На начальном этапе пациентов следует освободить от «давления симптомов», преподнеся им адекватную информацию относительно вида и прогноза течения расстройства; не исключается и даже приветствуется сочетание психотерапии с психофармакотерапией.

Уже собственно в фазе терапии предусматривается отнесение депрессивного расстройства к межличностному контексту. На этом этапе происходит пересмотр текущих и прошлых межличностных отношений: устанавливается природа взаимодействия со значимыми людьми; ожидания пациентов и значимых для них людей друг от друга; удовлетворительные и неудовлетворительные аспекты отношений.

Затем определяются основные проблемные зоны, относящиеся к текущей симптоматике, и заключается «контракт» с четким определением фокуса терапии, ясной формулировкой желаемого результата. Подчеркиваются принципы интерперсональной психотерапии: «здесь и сейчас», необходимость для пациента обсуждать любые изменения эмоционального состояния, практическая направленность коррекции. Последующее лечение концентрируется в первую очередь на соответствующем круге проблем, причем в центре терапевтической беседы стоит идентификация и изменение эмоций и когнитивных установок, релевантных для проблемы; важными частными целями могут быть коррекция неадекватных устойчивых стилей коммуникации и развитие позитивных контактов и видов деятельности.

Во-первых, люди с депрессией могут тяжело переживать *межличностную утрату*, потерю значимого, любимого человека. В подобных случаях психотерапевты побуждают пациентов проанализировать свои отношения с человеком, которого они потеряли, и излить накопившиеся чувства (в том числе и гневные) в его адрес. В конце концов, пациенты начинают по-новому оценивать потерю, а также пытаются завязать новые отношения с другими людьми.

Во-вторых, люди с депрессией часто оказываются участниками *межличностного ролевого конфликта*. Ролевые конфликты проявляются в том случае, когда два человека имеют разные ожидания, касающиеся их отношений и роли, которую должен играть каждый из них. Интерперсональные психотерапевты помогают пациентам изучить все конфликты, участниками которых те являются или могут быть, и разрешить их.

Люди с депрессией могут также сталкиваться с межличностным ролевым сдвигом, вызываемым такими серьезными жизненными переменами, как развод или рождение ребенка. Они могут чувствовать себя неспособными справиться с теми ролевыми изменениями, которые сопровождают эти жизненные перемены. В подобных случаях психотерапевты помогают пациентам обрести социальную поддержку и овладеть навыками, которые необходимы для исполнения новых ролей.

Наконец, некоторых людей с депрессией отличает межличностный дефицит, например, повышенная застенчивость или неумение вести себя в обществе, который не позволяет им завязать близкие отношения. Психотерапевты, придерживающиеся интерперсонального подхода, могут помочь таким людям увидеть свои недостатки, а также привить им социальные навыки и уверенность в собственных силах с целью повышения их социальной эффективности.

Как уже отмечалось, этих целей интерперсональные психотерапевты пытаются достичь в основном путем обучения основным ведущим принципам, в то время как конкретные тренинговые методы используются только от случая к случаю и являются дополнительными. Это могут быть техники «отреагирования аффекта» и «катарсиса», процедуры коммуникационного анализа, техники изменения (регуляции) поведения, тренинги асертивности и другие методы, имеющие много общего с набором когнитивных, психодраматических, гештальт-техник, которые выбираются исходя из целей и задач работы с каждым конкретным пациентом.

В этой связи может повышаться значимость не только гармоничности социокультурной идентичности человека [24, 25, 31], но и вопросов его духовного совершенствования [22, 23], что также имеет тесную взаимосвязь с психосоматическими взаимоотношениями [18].

Значение подобных методов возрастает с ростом урбанизации и индивидуализации общества, когда традиционная социальная поддержка, характеризующая социум с начала цивилизации,

постепенно угасает со снижением роли больших семей, близких соседей, количества друзей и знакомых. Есть пределы, до которых общество может продолжать сокращать или разрушать прежние системы поддержки, но люди по-прежнему будут все больше и больше нуждаться в привязанностях для обеспечения эмоциональной поддержки, для образования семей и рождения детей.

Таким образом, общие психологические факторы и механизмы психотерапии связаны с целостной психобиологической системой личности. Одним из значимых психологических механизмов психотерапии является мотивация. К факторам мотивации, связанным с пациентом, относятся: уровень дистресса; степень информированности о психотерапии; терапевтические ожидания; глубина и форма нарушения, степень дефензивности пациента. Характеристики психотерапевта, способствующие развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента, относятся к способности устанавливать доверительные отношения с пациентом; ожиданиям и установкам психотерапевта по отношению к пациенту, влияющим на поведение и психотерапевта, и пациента; личностным характеристикам психотерапевта, выступающим для пациентов в качестве модели. Основной акцент в современной психотерапии ставится не на недостаточной мотивации пациента, а на ответственности психотерапевта в создании условий, в которых мотивация пациента может реализоваться в полной мере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А., Жидков М. Психотерапия. СПб.: Питер-Юг, 2009. 472 с.
2. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. М.: Класс, 1998. 336 с.
3. Вайнер И. Основы психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 288 с.
4. Вайсс Дж. Как работает психотерапия: процесс и техника. М.: Класс, 1998. 240 с.
5. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 256 с.
6. Зейг Дж.К. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж.К. Зейга, В.М. Мьюниона. М.: Класс, 2000. 432 с.
7. Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Лысенко И.С. Сравнительное исследование структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с позиций психодинамической концепции личности Г. Аммона // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. 2011. № 18 (235). С. 104–110.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.

9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
10. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии: пер. с англ. М.: Класс, 2000. 464 с.
11. Колотильщикова Е.А. Обоснование психологических механизмов невротических расстройств // Вестник психотерапии. 2011. № 39. С. 64–78.
12. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств): дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2012.
13. Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И. Современные представления о конфликтах // Вестник психотерапии. 2010. Т. 38, № 33. С. 90–103.
14. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б. Сравнительное исследование локуса контроля у больных с невротическими расстройствами в период социально-экономических перемен в стране (1987–2009 гг.) // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. 2010. № 2. С. 329–331.
15. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторац С.В., Чехлатый Е.И. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 2. С. 13–16.
16. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатый Е.И. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. 2004. № 12. С. 9–22.
17. Комер Р.Дж. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики: пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-пресс, 2005. 638 с.
18. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
19. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
20. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 480 с.
21. Мэй Р. Смысл тревоги: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 384 с.
22. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
23. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
24. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
25. Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30(35). С. 86–90.
26. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. М.: Аспект Пресс, 2001. 607 с.
27. Пере М., Бауман У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. 438 с.
28. Прохазка Дж. Норкросс Дж. Системы психотерапии: пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
29. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохазка Дж. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение // Вопросы психологии. 1994. № 2. С. 113–122.

30. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Д. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
31. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
32. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М.: Современные проблемы, 1925. 112 с.
33. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, 2002. 784 с.
34. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. М.: Класс, 1999. 576 с.
35. Bandura A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
36. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.
37. Baxter L.R., J.M. Schwartz, K.S. Bergman, M.P. Szuba, B.H. Guze, J.C. Mazziotta et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1992, vol. 49, pp. 681–689.
38. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, American Book, 1976.
39. Beitman B.D., N.C. Beck, W.E. Deuser, C.S. Carter, J.R.T. Davidson, R.J. Maddock Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1994, vol. 1, pp. 64–69.
40. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 229–269.
41. Binswanger L. Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. New York, Basic, 1963.
42. Coursey R.D., A.B. Keller, E.W. Farrell Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(2), pp. 283–301.
43. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, p. 35–49.
44. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
45. Emmelkamp P. Behavior therapy with adults. In: Lambert M. , ed. Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York, Wiley, 2004, pp. 393–446.
46. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition. London, Hogarth Press, 1963, vol. 16, pp. 358–391.
47. Furmark T., Tillfors M., Marteinsdottir I., Fischer H., Pissiota A., Langstrom B. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 2002, vol. 59, pp. 425–433.
48. Goodyear R.K. Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology*, 1996, vol. 27, pp. 613–616.
49. Grawe K. Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1997, vol. 7, pp. 1–19.
50. Greencavage L.M., Norcross J.C. What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology*, 1990, vol. 21, p. 372–378.

51. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe; Göttingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
52. Kernberg O.F. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976.
53. Klein M. Contributions to Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1948.
54. Klerman G.L., M.M. Weissman Interpersonal psychotherapy. In: Paykel E.S., ed. Handbook of affective disorders. New York, Guilford, 1992.
55. Klerman G.L., M.M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
56. Kuhn T.S. The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970–1993. Chicago, University of Chicago Press, 2000.
57. Lambert M.J. Introduction to Psychotherapy Research. In: Beutler L.E., Crago M., eds. Psychotherapy research: An international review of studies. Washington, DC: American Psychological Association, 1991, pp. 1–12.
58. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. New York, Plenum, 1977.
59. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
60. Orlinsky D.E., K. Grawe, B.K. Parks Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 270–329.
61. Paquette V., Levesque J., Mensour B., Leroux J.M., Beaudoin G., Bourgouin P. et al. «Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 2003, vol. 18, pp. 401–409.
62. Paykel E.S., Z.C. Cooper Life events and social support. In: E.S. Paykel, ed. Handbook of affective disorders. 2nd ed. New York, Guilford Press, 1992, pp. 149–170.
63. Phillips E.L. Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1985, 353 p.
64. Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.
65. Robins R.W., Gosling S.D., Craik K.H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 1999, vol. 54, pp. 117–128.
66. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Dymond R.F., eds. Psychotherapy and personality change. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
67. Scott J.E., Dixon L.B. Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(4), pp. 621–630.
68. Stricker G. Failures in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 1995, vol. 5, pp. 91–94.
69. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 1987, vol. 42, pp. 37–45.
70. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence scale. New York, 1955.
71. Weissman M.M., Bruce M.L., Leaf P.J., Florio L.P., Holzer C. Affective disorders. In: Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. New York, Free Press, 1991.
72. Wessler R.L., Hankin S. Rational-emotive and other cognitively oriented therapies. In: Long S., ed. Six group therapies. New York, Plenum, 1988, pp. 124–151.

73. Wolpe J. The practice of behavior therapy. 4th ed. Elmsford, New York, Pergamon, 1990.

74. Zerbe K.J. Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1990, vol. 54(2), pp. 171–183.

REFERENCES

1. Burlachuk L.F. *Psikhoterapiya: uchebnik dlya VUZov* [Psychotherapy: textbook]. St. Petersburg, Piter-Yug Згидю, 2009, 472 p.
2. Bugental J.F.T. The Search for Existential Identity. Jossey-Bass Publishers, 1984, 330 p. (Russ. ed.: B'yudzhental' D. Nauka byt' zhivym: Dialogi mezhdru terapevtom i patsientami v gumanisticheskoi terapii. Moscow, Klass Publ., 1998, 336 p.).
3. Weiner I.B. Principles of Psychotherapy. 2nd ed., revised. University of Michigan; Wiley, 1998, 336 p. (Russ. ed.: Vainer I. Osnovy psikhoterapii. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 288 p.).
4. Weiss J. How Psychotherapy Works: Process and Technique. Guilford Press, 1993, 224 p. (Russ. ed.: Vaiss Dzh. Kak rabotaet psikhoterapiya: Protsess i tekhnika. Moscow, Klass Publ., 1998, 240 p.).
5. Garfield S.L. The Practice of Brief Psychotherapy. John Wiley & Sons, 1998, 294 p. (Russ. ed.: Garfild S. Praktika kratkosrochnoi psikhoterapii. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 256 p.).
6. Zeig J.K., Munion W.M., eds. What is Pschotherapy? Contemporary perspectives. University of Michigan, Jossey-Bass Publishers, 1990. 447 p. (Russ. ed.: Zeiga Dzh.K., M'yuniona V.M., eds. Psikhoterapiya – chto eto? Sovremennye predstavleniya. Moscow, Klass Publ., 2000, 432 p.).
7. Karvasarskii B.D., Kolotil'shchikova E.A., Karavaeva T.A., Baburin I.N., Lysenko I.S. *Sravnitel'noe issledovanie struktury lichnosti u bol'nykh s nevroticheskimi i nevrozopodobnymi rasstroistvami s pozitsii psikhodinamicheskoi kontseptsii lichnosti G. Ammona* [Comparative study of neurosis and neurotic disorders patients' personality structure: G. Ammon psychodynamic personality conception approach]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. Psikhologiya* [South-Urals State University Bulletin. Psychology series], 2011, no. 18 (235), pp. 104–110.
8. Karvasarskii B.D. *Nevrozy. 2-e izd., pererab. i dop.* [Neuroses. 2nd ed., revised]. Moscow, Meditsina Publ., 1990, 576 p.
9. Karvasarskii B.D. *Psikhoterapiya: Uchebnik dlya vuzov. 3-e izd.* [Psychotherapy: Textbook. 3rd ed.]. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 672 p.
10. Kernber O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University Press, 1984, 381 p. (Russ. ed.: Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow, Klass Publ., 2000. 464 p.).
11. Kolotil'shchikova E.A. *Obosnovanie psikhologicheskikh mekhanizmov nevroticheskikh rasstroistv* [Psychological mechanisms of neurotic disorders substantiation]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulliten], 2011, no. 39, pp. 64–78.
12. Kolotil'shchikova E.A. *Psikhologicheskies mekhanizmy nevroticheskikh rasstroistv: dis. ... d-ra psikhol. nauk* [Psychological mechanisms of neurotic disorders. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2012.
13. Kolotil'shchikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlatyi E.I. *Sovremennye predstavleniya o konfliktakh* [Modern concepts of conflicts]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulliten], 2010, no. 38 (33), pp. 90–103.

14. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B. *Sravnitel'noe issledovanie lokusa kontrolya u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami v period sotsial'no-ekonomicheskikh pere-men v strane (1987–2009 gg.)* [Comparative study of locus control of patients with neurotic disorders during socioeconomic changes (1987–2009)]. *Vestnik Pyatigorskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta* [Pyatigorsk State Linguistic University Bulletin], 2010, no. 2, pp. 329–331.
15. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Poltorak S.V., Chekhlatyi E.I. *Motivatsiya v psikhoterapii (obzor literatury)* [Motivation in psychotherapy: literature review]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Behkterev psychiatry and medical psychology review], 2011, no. 2, pp. 13–16.
16. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Chekhlatyi E.I. *Koping-povedenie u bol'nykh nevrozami i ego dinamika v protsesse kratkosrochnoi interpersonal'noi gruppovoi psikhoterapii* [Dynamic of neurosis patients' coping behaviour during short-term group psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2004, no. 12, pp. 9–22.
17. Comer R.J. *Fundamentals of abnormal psychology*. Worth Publishers, 2013 (Russ. ed.: Komer R.J. *Patopsikhologiya povedeniya: Narusheniya i patologii psikhiki*. St. Petersburg, Praim-Evroznak Publ.; Moscow, OLMA-press Publ., 2005, 638 p.).
18. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern research approaches]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
19. Lazarus A.A. *Multimodal behavior therapy*. Springer Publ. Co., 1976, 241 p. (Russ. ed.: Lazarus A. *Kratkosrochnaya mul'timodal'naya psikhoterapiya*. St. Petersburg, Rech' Publ., 2001, 256 p.).
20. McWillimas N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press, 1994, 398 p. (Russ. ed.: Mak-Vil'yams N. *Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse*. Moscow, Klass Publ., 2001, 480 p.).
21. May R. *The meaning of anxiety*. Rev. ed. New York, 1977 (Russ. ed.: May R. *Smysl trevogi*. Moscow, Klass Publ., 2001, 384 p.).
22. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as psychological and cultural phenomenon]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2006, 384 p.
23. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Problems of spiritual self-improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.
24. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical-psychological discourse or health studies]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
25. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. *Kriz? Ataka? Nevroz? Klinicheskii sluchai pristupa psikhovegetativnykh narushenii v kardiologicheskom stacionare* [Crisis? Attack? Neurosis? Acute psycho-autonomic disorder in cardiology hospital: case study]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2009, vol. 30(35), pp. 86–90.
26. Pervin L.A., John O.P., eds. *Handbook of personality: Theory and research*. Elsevier, 1999. (Russ. ed.: Pervin L. *Psikhologiya lichnosti: Teoriya i issledovaniya*. Moscow, Aspekt Press Publ., 2001. 607 p.).

27. Perrez M., Baumann U. Klinische Psychologie–Psychotherapie, 2011. (Russ. ed.: Perre M. Klinicheskaya psikhologiya. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 438 p.).
28. Prochaska J., Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Brooks/Cole Publishing Company, 1999, 591 p. (Russ. ed.: Prokhazka Dzh. Sistemy psikhoterapii. Posobie dlya spetsialistov v oblasti psikhoterapii i psikhologii. St. Peterburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2005, 384 p.).
29. Prokhorov A.V., Veliser U.F., Prokhazka Dzh. *Transtheoreticheskaya model' izmeneniya povedeniya i ee primenenie* [Transtheoretical model of behavior modification and its practical application]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 1994, no. 2, pp. 113–122.
30. Sundberg N.D., Winebarger A.A., Taplin J.R. Clinical Psychology: Evolving Theory, Practice, and Research. Prentice Hall, 2002, 561 p. (Russ. ed.: Sandberg N., Uainberge A., Taplin D. Klinicheskaya psikhologiya. Teoriya, praktika, issledovaniya. St. Petersburg, Praim-EVROZNAK Publ., 2007, 383 p.).
31. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive type of relation system of neurotic patients]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N.A. Nekrasova* [Kostorma State University after N.A. Nekrasov Bulletin], 2009, no. 15(1), pp. 328–332.
32. Freud S. Jenseits des Lustprinzips, 1920 (Russ. ed.: Freid Z. Po tu storonu printsipa udovol'stviya. Moscow, Sovremennye problem Publ., 1925, 112 p.).
33. Heigl-Evers A. Heigl F., Ott J. Ruger U. Lehrbuch der Psychotherapie. 3 Auflage. Stuttgart, Gustav Fischer, 1997, 556 s. (Russ. ed.: Khaigl-Evers A. Bazisnoe rukovodstvo po psikhoterapii. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002, 784 p.).
34. Yalom I.D. Existential Psychotherapy. Basic Books, 1980, 524 p. (Russ. ed.: Yalom I. Ekzistentsial'naya psikhoterapiya. Moscow, Klass Publ., 1999, 576 p.).
35. Bandura A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
36. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.
37. Baxter L.R., J.M. Schwartz, K.S. Bergman, M.P. Szuba, B.H. Guze, J.C. Mazziotta et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1992, vol. 49, pp. 681–689.
38. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, American Book, 1976.
39. Beitman B.D., N.C. Beck, W.E. Deuser, C.S. Carter, J.R.T. Davidson, R.J. Maddock Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1994, vol. 1, pp. 64–69.
40. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 229–269.
41. Binswanger L. Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. New York, Basic, 1963.
42. Coursey R.D., A.B. Keller, E.W. Farrell Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(2), pp. 283–301.
43. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, p. 35–49.

44. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
45. Emmelkamp P. Behavior therapy with adults. In: Lambert M. , ed. Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York, Wiley, 2004, pp. 393–446.
46. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition. London, Hogarth Press, 1963, vol. 16, pp. 358–391.
47. Furmark T., Tillfors M., Marteinsdottir I., Fischer H., Pissiota A., Langstrom B. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 2002, vol. 59, pp. 425–433.
48. Goodyear R.K. Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology*, 1996, vol. 27, pp. 613–616.
49. Grawe K. Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1997, vol. 7, pp. 1–19.
50. Greencavage L.M., Norcross J.C. What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology*, 1990, vol. 21, p. 372–378.
51. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe; Gottingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
52. Kernberg O.F. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. New York, Jason Aronson, 1976.
53. Klein M. Contributions to Psycho-Analysis. London, Hogarth Press, 1948.
54. Klerman G.L., M.M. Weissman Interpersonal psychotherapy. In: Paykel E.S., ed. Handbook of affective disorders. New York, Guilford, 1992.
55. Klerman G.L., M.M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
56. Kuhn T.S. The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970–1993. Chicago, University of Chicago Press, 2000.
57. Lambert M.J. Introduction to Psychotherapy Research. In: Beutler L.E., Crago M., eds. Psychotherapy research: An international review of studies. Washington, DC: American Psychological Association, 1991, pp. 1–12.
58. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. New York, Plenum, 1977.
59. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
60. Orlinsky D.E., K. Grawe, B.K. Parks Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin A.E., Garfield S.L., eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York, Wiley, 1994, pp. 270–329.
61. Paquette V., Levesque J., Mensour B., Leroux J.M., Beaudoin G., Bourgouin P. et al. «Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive–behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 2003, vol. 18, pp. 401–409.
62. Paykel E.S., Z.C. Cooper Life events and social support. In: E.S. Paykel, ed. Handbook of affective disorders. 2nd ed. New York, Guilford Press, 1992, pp. 149–170.
63. Phillips E.L. Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice. Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1985, 353 p.
64. Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1984.

65. Robins R.W., Gosling S.D., Craik K.H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 1999, vol. 54, pp. 117–128.
66. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Dymond R.F., eds. *Psychotherapy and personality change*. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
67. Scott J.E., Dixon L.B. Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21(4), pp. 621–630.
68. Stricker G. Failures in psychotherapy. *J. of Psychotherapy Integration*, 1995, vol. 5, pp. 91–94.
69. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 1987, vol. 42, pp. 37–45.
70. Wechsler D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence scale*. New York, 1955.
71. Weissman M.M., Bruce M.L., Leaf P.J., Florio L.P., Holzer C. Affective disorders. In: *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, Free Press, 1991.
72. Wessler R.L., Hankin S. Rational-emotive and other cognitively oriented therapies. In: Long S., ed. *Six group therapies*. New York, Plenum, 1988, pp. 124–151.
73. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 4th ed. Elmsford, New York, Pergamon, 1990.
74. Zerbe K.J. Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1990, vol. 54(2), pp. 171–183.

Колотильщикова Е.А. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 146–170.

Аннотация. Работа представляет собой обзор научных представлений в области теории и практики психотерапии. Рассмотрены основные подходы ведущих направлений психотерапии – психодинамического, поведенческого, когнитивного и гуманистического (экзистенциального). В условиях роста урбанизации и индивидуализации общества возросло значение тактически и стратегически структурированных эмпирических подходов, среди которых выделена интерперсональная психотерапия. Отмечено, что современные системы психотерапии в большей степени сфокусированы не на теориях личности и психопатологии, а на процессах позитивных изменений. Указано, что с учетом стадий изменений пациента в ходе психотерапии психодинамические подходы наиболее оптимальны на стадиях предварительного обдумывания и обдумывания. Экзистенциальная, когнитивная и интерперсональная психотерапия более подходят для стадий подготовки и действия. Поведенческая и экспозиционная терапия наиболее показаны во время стадий действия и сохранения. Исследователи выделяют различное число общих психологических факторов и механизмов психотерапии. Как правило, они затрагивают всю психобиологическую систему личности. К их числу отнесена проблема мотивации. Выделена мотивация самого пациента (клиента) к изменениям и переменные мотивации со стороны психотерапевта. К факторам мо-

тивации, связанным с пациентом, отнесены: степень испытываемого им психического напряжения (уровень дистресса); степень его информированности о психотерапии; его терапевтические экспектации (ожидания); глубина и форма нарушения или проблемы, степень дефензивности пациента. Представлены характеристики психотерапевта, способствующие развитию и укреплению позитивной мотивации у пациента: способность устанавливать доверительные отношения с пациентом; ожидания и установки психотерапевта по отношению к пациенту, влияющие на поведение и психотерапевта, и пациента; личностные характеристики психотерапевта, выступающие для пациентов в качестве модели. В итоге основной акцент поставлен не на недостаточной мотивации пациента, а на ответственности психотерапевта в создании условий, в которых мотивация пациента может появиться и укрепиться.

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, личность, факторы психотерапии, мотивация, интерперсональная психотерапия.

Информация об авторе:

Колотильщикова Екатерина Андреевна, доктор психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. +7 812 3035050. keab63@rambler.ru.

Kolotil'shchikova E.A. Psikhoterapiya nevroticheskikh rasstroistv: psikhologicheskie faktory i mekhanizmy [Psychotherapy of neurotic disorders: psychological factors and mechanisms] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 0, pp. 146–170.

Abstract. The paper gives an overview of scientific conceptions in theoretical and practical psychotherapy, describes main approaches of major branches of psychotherapy – psychodynamic, behavioral, cognitive, and humanistic (existential). In growing urbanization and individualization of the society rises also the role of tactically and strategically structured empirical approaches, among which stands out the interpersonal psychotherapy. It is noted that contemporary systems of psychotherapy are mainly focused on the positive change processes, but not on the personality theories or psychopathology. The author points out that, depending on the patient's change stage in the course of psychotherapy, psychodynamic approaches are more optimal at the precontemplation and contemplation stages. Existential, cognitive, and interpersonal psychotherapies are more favorable at the preparation and action stages. Behavioral and expositional therapies are more beneficial at the action and maintenance stages. Researchers distinguish different numbers of general psychological factors and psychotherapy mechanisms, which concern all the psychobi-

ological system of a personality, as a rule. Among them is regarded the problem of motivation, including the patient's (client's) motivation for changes and variable motivations on the part of the psychotherapist. Patient-connected motivators include the degree of mental strain experienced by the patient (distress level), the degree of the patient's awareness of psychotherapy, the patient's therapeutic expectations (expectations), the depth and form of disorder or problem, the degree of the patient's defensiveness. The paper gives the psychotherapist's characteristics that might help develop and maintain the patient's positive motivation: the ability to establish confidential relations with the patient; the psychotherapist's hopes and sets concerning the patient, which influence both the psychotherapist's and the patient's behavior; the psychotherapist's personality characteristics, which may serve as a model for the patient. As a result, the main emphasis is not on the patient's insufficient motivation, but on the psychotherapist's responsibility for creating the atmosphere that would give rise to the patient's motivation and help maintain it.

Keywords: psychotherapy, neurotic disorders, personality, psychotherapy factors, motivation, interpersonal psychotherapy.

Information about author:

Kolotil'schikova Ekaterina, Doctor of Psychology, Associate Professor, Psychotherapy and Sexology Department, North-Western State Medical University. 41, Kirochnaya ul., St. Petersburg, 191015, Russia. Tel. +7 812 3035050. kea63@rambler.ru.

Поступила: 04.05.2015

Received: 04.05.2015

УДК 613.88-055.2:316.614
ББК Ю974.215

СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ ЖЕНСКОЙ ГИПОЛИБИДЕМИИ И АНОРГАЗМИИ

Н.Э. Бавеян

Ереванский государственный университет, Ереван, Армения

Каждый из нас так или иначе сталкивается в жизни с проблемами сексуального характера, каждый из нас в какой-то период жизни концентрирует свой интерес на этой стороне нашей повседневности. И это далеко не дань моде, не следствие простого интереса. Эти проблемы затрагивают нас целиком. И практически всегда эти проблемы требуют разрешения. Мы постоянно пытаемся разрешать проблемы сексуальности если не для самих себя, то для окружающих. И решая их для окружающих, мы тем самым пытаемся решить их для себя. Человек идет к самопознанию, или вникая в свое бессознательное, или если он этого страшится, то пробует сделать это в попытках понимания других. Этим методом часто грешат психологи, пытаясь решить свои проблемы терапией, этим часто увлекаются студенты, выбирающие психологическое образование, пытаясь разрешить свои внутренние конфликты. Однако мы не вникаем по большому счету в наши конфликты, мы подходим к ним и указываем на них издали.

Проблема сексуальных дисфункций стара как наш мир. Однако от этого она еще не стала более или менее понятной. Несмотря на многочисленные исследования в этой области, мы порой часто еще более отдаляемся от решения или хотя бы понимания этих проблем. Одна из самых нашумевших научных революций прошлого столетия – психоанализ – вплотную и «безжалостно» обнажил теневые стороны человеческого сексуального «благополучия». Ведь так или иначе мы знакомы с сексуальностью благодаря ее патологии. З. Фрейд так много писал о патологии, что границы нормы очертились в основном благодаря этому.

По отношению к нашей чувственности мы занимаем, как правило, двойственную позицию, может именно поэтому существует двойная мораль. Эта двойственная позиция блестяще отражена у Рихарда Вагнера в его знаменитом Парсифале, в образах рыцарей

Грааля и рыцарей Клингзора. Клингзор оскотил себя, дабы не поддаться чувственности. Однако это ему не помогло, страсть осталась, страсть, которую теперь уже невозможно было удовлетворить. В этой легенде можно усмотреть основной тон сексуальных дисфункций: есть страсть, но она не может быть полноценно удовлетворена в силу различных социальных и культуральных причин. Как и Клингзор, все мы остаемся до преклонного возраста в сфере чувственного, в сфере сексуального. Мифологические персонажи скрывают в себе глубочайшие психологические открытия: образ действия Клингзора мы должны понимать как средневековые христианские табу на сексуальность. Аскетичность, или подавление сексуальности, не спасает индивида от его желаний. Именно поэтому освещение проблем сексуальных дисфункций, конечно же, никогда не теряет своей злободневности и актуальности.

Проблема сексуальности, выведенная в фокус клинической психологии, впервые научно разработана основателем психоанализа З. Фрейдом [24, 25]. Интерес к проблеме сексуальности человека продолжился далее в различных психологических школах [6]. Интерес Фрейда и его последователей к этой проблеме всегда поддерживался различными психологическими школами. Вопрос в том, что сексуальность человека практически всегда рассматривалась в контексте его морального статуса. Сексуальность – это одна из тех сфер человеческой культуры, которая претерпевает различные подходы и интерпретации в медленном темпе.

История человеческой культуры может быть представлена, конечно, с некоторыми оговорками, как история сексуальности. «Сложность, неоднозначность взаимоотношений между природой и культурой в сфере секса и полов является одной из причин возникновения многих замечательных произведений искусства, литературы, поэзии. Ярким примером тому служит история культуры Европы» [11]. Возрастающий интерес к женской сексуальности наглядно проявляется в растущем количестве исследований, среди которых мы бы хотели выделить исследования Г.С. Васильченко [17], Г.С. Кочаряна [8, 9], Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой [7], Г.В. Старшенбаума [15], Л.Н. Акимовой [2], З. Льва-Старовича [10, 11], В. Мартель [12], М. Яффе [21], Х.С. Каплана [5], Д. Шарфф [18], М. Якоби [20], Э. Гидденс [4], Э. Бах, Дж.П. Уини, Д.Х. Барлоу [3], D. Herbenick et al. [26], S.S. Lo, W.M. Kok [27].

О сексуальности написано достаточно много. Однако мы хотели бы заострить внимание на одной актуальной стороне про-

блемы сексуальности, на психосоциальном контексте сексуальных дисфункций. Анализ соответствующей специальной литературы по сексологии и сексопатологии обнаруживает для нас одну интересную закономерность: сексуальные дисфункции могут быть обусловлены (и этот факт признает большинство исследователей) как биогенными сексуальными причинами, так и следствием внутриспсихических конфликтов или иных психотравматических воздействий, а также системой психосексуальных представлений и воспитанием [5, 9–11]. Однако мы считаем, что эти факторы не могут быть выделены в качестве самостоятельных единиц, вне психосоциального континуума.

Говоря о сексуальных дисфункциях, необходимо иметь в виду их генерализованный характер, т.е. когда расстройство проявляется всегда, независимо от сексуального партнера. В самом общем виде сексуальные дисфункции характеризуются неспособностью совершения полового акта, достижения сексуального возбуждения и сексуального наслаждения (аноргазмии). В сексопатологии, как известно, дисфункции связываются с физиологическими фазами сексуальных реакций: т.е. с фазами сексуального влечения, сексуального возбуждения, оргазма и фазы разрешения [3, 12]. Однако это сугубо физиологический подход, который отражает сам процесс, при этом оставляет в стороне причины, приводящие к нарушениям этих фаз.

Сексуальные дисфункции часто обусловлены именно психогенными и психосоциальными факторами [23, 28–30]. Одной из причин формирования гиполибидемии может быть гендерная социализация личности, специфика гендерной социализации. Гиполибидемия чаще всего формируется вследствие воспитания, когда с детских лет девочке внушаются убеждения в том, что половая жизнь является чем-то постыдным и греховным. Что касается отращения к половой жизни, то в этом случае чаще всего имеет место сексуальная травма. Понятия «гиполибидемия» и «женская асексуальность» употребляются у большинства исследователей в качестве синонимов [3, 12]. Хотя и в этих понятиях прослеживается некоторое семантическое различие. Говоря о женской асексуальности, часто имеют в виду необратимую картину отсутствия полового влечения [3]. Между тем гиполибидемия (половая холодность, фригидность) воспринимается иначе, как расстройство, однозначно поддающееся терапии и часто обусловленное социальными, культурными и психологическими факторами.

Часто описание женской асексуальности идентично описаниям половой холодности. «Женская асексуальность, заключающаяся в отсутствии какого-либо интереса, потребностей и сопутствующих им реакций в сексуальной сфере, встречается довольно редко. Если присмотреться к этому явлению повнимательнее, то окажется, что в его основе, чаще всего, лежит один из нижеперечисленных факторов: гормональные расстройства, психогенные причины, запоздавшее сексуальное созревание, скрытые гомосексуальные черты» [10]. Исследуя половую холодность (асексуальность) у женщин, мы прежде всего концентрируем внимание на психологической стороне этого расстройства, оставляя в стороне нарушения гормональной этиологии.

З. Лев-Старович выделяет психогенные причины, такие, как запоздавшее сексуальное созревание, скрытые гомосексуальные черты. В качестве психогенных причин он выделяет заторможенность, возникающую по отношению к сексу, связанную с воспитанием в семье. Скорее всего, это семейные факторы развития сексуальных расстройств. Кроме перечисленных автор говорит также о сексуальных травмах, конфликтах между родителями, религиозной стороне воспитания. Все перечисленные причины однозначно могут быть рассмотрены в картине сексуальных расстройств.

Очевидно, в каждой отдельной этнической культуре существует определенный специфический набор причин, способствующих формированию сексуальных расстройств. Однако существуют также универсальные причины, присущие всем культурам, а точнее – человеку вне культурных границ. Сексуальные травмы, к примеру, не имеют национальной принадлежности, точно так же, как и сексуальные расстройства. Отношение различных обществ к сексуальному насилию различно. Различны также оттенки переживаний жертв сексуальных насильств. Женщина, подвергшаяся сексуальному насилию, различно переживает эту трагедию в зависимости от принадлежности ее к той или иной культуре. Даже если мы оставим в стороне эту тему, все равно так или иначе в сексуальных переживаниях человека всегда присутствуют два компонента: общечеловеческий и этнокультурный.

Даже такие универсальные факторы, как семейные, личностные, социальные, – все они обладают культурной спецификой [14]. Это детально подтверждено, в частности, в отношении пограничных психических расстройств [13, 16]. Отношение к сексу-

альной жизни у различных этносов также различно. Эти различия обусловлены историческим прошлым и настоящим этноса, его взаимодействием с другими культурами.

Семейные факторы, генерирующие формирование сексуальных расстройств, как правило, связаны с воспитанием. Каждая этническая общность вносит свои особые отличия в этот процесс. Отношение к сексуальной жизни отчетливо проявляется именно в институте семьи [1]. Система табу часто определяет отношение к сексуальной жизни. Каждая семья формирует конкретное отношение к сексуальной жизни, включая в эти отношения проблемы морали, а чаще – морализаторские требования соблюдения неких стандартов сексуальной жизни. Эти общепринятые стандарты отличаются друг от друга, от культуры к культуре. Нарушение этих стандартов, естественно, вызывает негативное отношение со стороны общества и чувство вины у людей, нарушающих эти сексуальные табу.

Именно поэтому в ситуациях психотерапевтической помощи мы сталкиваемся с рядом этнических проблем, разрешение которых часто становится проблематичным или практически невозможным. Сексуальные расстройства часто генерируются этически и этническими факторами. Из вышесказанного становится очевидным низкий уровень эффективности терапии сексуальных расстройств так называемыми *схематическими* подходами, поведенческой и когнитивной психотерапией. Всякая психотерапия сексуальных расстройств, не учитывающая этнические и ценностные факторы, представляет собой схематический подход к проблеме.

В ценностной системе человека огромное место занимают сексуальные предписания и убеждения, которые формируются в контексте социально-этнической реальности. Эти предписания и запреты формируют в каждом культурном обществе конкретные стандарты сексуального, а еще шире – гендерного поведения. Следование таким стандартам ограждает личность от переживаний чувства вины, поэтому эти стандарты в психологическом смысле являются неоспоримыми ценностями. С другой стороны, в контексте глубинной психологии именно следование этим стандартам становится фактором развития сексуальных расстройств. Чувство вины формируется не только вследствие нарушения предписаний сексуального поведения, но и вследствие желаний таких нарушений.

Можно сказать, что сексуальные расстройства формируются вследствие воздействия различных факторов, среди которых

можно выделить следующие: а) наличие в родительской семье табу на любые темы, связанные с сексуальностью, морализаторство, жесткие схемы соответствия гендерным стереотипам, наказуемость за проявление интереса к сексуальным темам, т.е. все то, что определяется как репрессивная сексуальная семейная мораль; б) психосексуальные травмы; в) комплекс Электры; г) фобические факторы.

Все эти факторы присущи практически всем культурам, однако в различных культурах они приобретают свою особую специфичность. То, что мы называем социальными факторами фригидности (гиполибидемии), отражает ценности конкретного общества. Именно ценности общества генерируют формирование установок по отношению к сексуальности. Менталитет общества определяет в конечном счете уровень сексуального здоровья человека.

«Культура приобретается в процессе воспитания, сознательно подражания и бессознательного усвоения. Этот процесс охватывает все аспекты жизни, он чрезвычайно чувствителен, воздействует даже на тончайшие оттенки поведения, установок и верований, имеет глубокие корни» [11]. Культура, т.е. предписания и запреты, в целом система этносоциальных ценностей, формирует особенности сексуального поведения, норму и патологию. Эта система ценностей «... регулирует сексуальное поведение, стиль взаимодействия партнеров, подвергает сексуальную природу человека определенной регуляции на благо общества, семьи и брака» [11].

Система христианских ценностей имеет свои истоки уже в греческой и римской культурах. Древние верования относительно природы человека, естественно, распространялись и на сферу сексуальных отношений. «Человек имеет двойную натуру: божественную и дьявольскую. Целью жизни является развитие божественного в себе и уход от дьявольского. Жизнь – это конфликт между высшей и низшей натурой человека. Дуализм охватывает также мир секса и пола. Сексуальное сожителство означало подчинение низшей натуре или чувствам» [11].

Негативное отношение к сексуальной жизни, свойственное раннему христианству, имеет место уже в неоплатонизме, который рассматривает сексуальную жизнь как проявление животного начала. Более жесткая позиция по отношению к сексуальной жизни присуща гностицизму, в котором тело воспринимается источником зла. «Крайней формой гностицизма было манихейство. Школа Филона из Александрии считала, что секс в браке служит

лишь деторождению, на женщину смотрят косо за ее грехопадение в раю» [11].

Тем не менее анализ научной сексологической литературы позволяет сделать вывод о том, что отношение к сексуальной жизни человека на протяжении тысячелетий не было однозначно негативным или позитивным, оно всегда было двойственным. «Двойственность проявилась уже в посланиях св. Павла, который, хотя и написал замечательный гимн о любви, относился к сексу скорее отрицательно, высоко ценил девственность, аскезу, женственность его не восхищала. Это направление быстро завоевало приверженцев и стало доминирующим в раннем христианстве. Его основные черты, пройдя сквозь века, дошли до наших дней. Некоторые из этих черт объясняются влиянием гностицизма, различных направлений греческой философии, дуализмом восточного происхождения. Доктрины христианства навязывали идеи аскезы, негативные установки относительно секса, тела, супружества, женщины» [11].

Современная система сексуальных ценностей носит тот же характер двойственности, что находит свое выражение в сексуальных комплексах. Раннее христианство, концепции теологов, понятие плотского греха составляют сегодня один из важнейших компонентов сексуальной культуры человека патриархальных взглядов. Чем богаче филогенез этноса, тем более эти системы сексуального табу имеют место в жизни человека.

В этом отношении армянская социальная реальность также представляет собой двойственность в отношении сексуальных ценностей, или полярность, на одном конце которой мы видим отчетливо образ мадонны, на другом же – блудницы. В армянском обществе замужество для женщины является прежде всего приобретением статуса материнства. Доминирование мужчин в армянском обществе касается в основном сферы сексуального поведения; в социальной жизни, безусловно, доминирует женщина. Брак является средством продолжения рода, и всякое сексуальное наслаждение воспринимается желанным вне института семьи. Мы говорим о доминировании подобных установок, принимая, тем не менее, исключения из правил. Сексуальная активность принимается в той мере, в какой она одобряется обществом. Такое положение дел в армянской социальной реальности не имеет характер автономности.

Рассмотрение этих установок неминуемо приводит нас к нахождению исторических причин их формирования. Скудость сексуальной жизни в современном патриархальном обществе навяз-

зывалась человечеству в течение длительных веков. Репрессированная сексуальность человека, двойственное отношение к сексуальной жизни были спровоцированы вечным конфликтом между моралью и эротизмом. Но этот конфликт перекинулся вполне естественно и на психическую сферу личности.

Мораль и эротичность сформировали феномен двойной морали. «Двойная мораль послужила одной из причин увеличения психических заболеваний, что стало предметом исследования психоаналитиков. Действительно, многочисленные невротические симптомы возникали на сексуальном фоне. За психические нарушения той эпохи нам и сейчас еще приходится расплачиваться, ибо они сохраняются в сознании многих наших современников» [11].

Говоря о культурных табу в отношении сексуального поведения, прежде всего отметим чувство стыда обнаженного тела. Скорее всего, это чувство присуще большинству культур, независимо от этнических ценностей. Зарождению этого чувства предшествует знаменитая библейская история Адама и Евы, которые начали стесняться своей наготы. Именно этот стыд и заставил их использовать фиговые листья. Однако яблоко с Древа познания добра и зла открыло не только наготу, но и стыд за наготу. А это значит, что, познавая сексуальность, человек попадает в зону стыда, и эта зона носит для человека архетипический характер.

В этой связи известный юнгианский аналитик М. Якоби ставит перед нами вопрос: «Является ли такая тенденция стыдиться парадоксальным образом естественной или даже врожденной для рода человеческого? Или таков результат воспитания и морали ханжеского общества?» [20].

Нагота человеческого тела воспринимается естественной до 5-6 лет, после завершения эдиповой стадии развития к этой естественности привязывается постыдность. Человеческое общество пропитано стереотипами норм и правил поведения, стереотипами отношения к сексуальности. «Особенности нашей человеческой природы – нуждаться в заботе и руководстве со стороны старших. А это всегда предполагает уже заданные общественные стереотипы. Такова наша природа – быть социальными животными, которые создают свою культуру и живут в ней» [20].

На протяжении тысячелетий отношение к сексуальности как к естественному явлению встречается крайне редко, в основном – в восточных культурах. Более того «Во многих обществах показ наготы использовали как инструмент наказания. В России крестьяне

привязывали неверных жен нагими к плугу, вспахивающему землю» [20]. Тем не менее даже наказание за сексуальную измену, как видно из этого примера, содержит яркую сексуальную символику в психоаналитической парадигме знания. Чувство стыда обнаженного тела, очевидно, связано с сексуальностью, с отношением человека к сексуальности на протяжении всей эволюции.

Конечно же, отношение к сексуальности несколько различно в различных обществах, у различных этносов, тем не менее: «Для любого общества очень важно держать инстинкты под контролем и направлять сексуальность в цивилизованное русло. В то же самое время границы стыда определены различными моральными нормами и обычаями, которые выражают коллективное (общественное) отношение к сексуальности. Пресечение этих границ является бесстыдством и влечет за собой позор» [20].

По сути, в библейской драме Адама и Евы вообще не содержится намек на осуждение сексуальности. Первородный грех связал с сексуальностью не кто иной, как известный богослов Августин Аврелий (святой Августин). Первородная вина человека сводится к сексуальному интересу. Идея Августина представляется нам тем более забавной, учитывая то, что Августин в юности вел активную эротическую жизнь и лишь после принятия христианства он решил, что сексуальность – это великий грех. «После Августина грехопадение стали интерпретировать главным образом как причину сексуальности, хотя эта точка зрения не основывается на библейском тексте» [20].

Тем не менее сексуальные отношения связывались раньше и связываются в современном мире с чувством вины. Ведь недаром потеря девственности преподносится как утрата невинности. Познание добра и зла Адамом и Евой переносится в дальнейшем на сексуальные отношения человека. Познание означает также вступление в сексуальную связь. «Во многих местах мы читаем, что Авраам, Исаак, Яков и другие патриархи “познали” своих жен ночью, после которой эти женщины зачали сыновей» [20].

Чувство стыда, как правило, всегда сопровождает человека в его сексуальных отношениях сознательно или бессознательно. Чтобы ни говорил человек в отношении своей сексуальной жизни, как бы он ни пытался представить себя в лучшем виде, раскрепощенным в этой области, тем не менее он испытывает это чувство стыда. Это чувство заложено в человеке филогенезом и постоянно подкрепляется культурой и социальными нормами. Супер-Эго личности

формирует чувство стыда и вины с одной лишь разницей – при активизации чувства вины включаются невротические переживания, а при чувстве стыда – переживания неполноценности. Чувство стыда как форма тревоги даже в сновидческой активности часто персонифицируется в фигурах наблюдающих и контролирующих родителей. Образы родителей, как правило, в сновидениях выражают или Супер-Эго, или социальные табу, что, по сути, то же самое. При этом не важно, каким характером обладает сновидение, – родители – это всегда контролирующая инстанция. Чувство стыда, несмотря на его негативную сторону, выполняет важную функцию в формировании и поддержании социального благополучия общества. «Стыд в его многих формах – каждая с ее особенной болью и побочными невротическими последствиями – занимает важное место в нашей психической и социальной организации» [20].

Чувство стыда на протяжении всей эволюции человека выполняет социальную защитную функцию. В психике человека невозможно функционирование эмоциональных состояний, не имеющих защитную функцию. Однако чувство стыда имеет для личности также негативные последствия, так как формирует неадекватную картину сексуального здоровья. Социальные табу, стыд и чувство вины, привязанные к сексуальным интересам личности, закономерно формируют внутриличностный конфликт между требуемым (Супер-Эго) и желанным (Ид). «Конфликты на почве стыда возникают внутри индивидуума, когда обе функции стыда «охранителя» индивидуации и социальной адаптации начинают переживаться как противоречащие друг другу» [20].

Этот конфликт между желаниями и табу уже в психоанализе объясняется в контексте реактивного образования. В основе стыда сексуальных переживаний лежат эксгибиционистские желания. Проблему конфликта затрагивают французские психоаналитики Э. Каролин и Э. Натали. «Каждая женщина, которая стала матерью, вынуждена противостоять двум противоположным моделям осуществления материнской роли, соответствующим двум наиболее противоречивым предписаниям: будь матерью или будь женщиной» [19].

Этот конфликт, идущий из древнего мира, до сих пор сохраняет свою актуальность. Очень просто он может быть выражен в следующей постановке вопроса: возможно ли бесконфликтное сосуществование в одной идентичности матери и женщины? Это два полюса, между которыми размещается несколько вариантов женского самоутверждения. «Случается так, что в диапазоне вари-

антов, расположенных между двумя этими полюсами, некоторые придерживаются срединной позиции, вернее сказать, им удается изменять и корректировать свою позицию в соответствии с каждым жизненным возрастом, в который они вступают. В то же время многие, даже большинство, хотят ли они этого или нет, если приглядеться повнимательней, все-таки находятся либо по одну, либо по другую сторону баррикад: в большей степени мать, чем женщина; либо преимущественно женщина, нежели мать» [19].

Теоретически можно предположить, что в армянской культуре женщина чаще склоняется к полюсу материнства. Женщина отсутствует или подавляется. Однако на самом деле такая картина свойственна также европейским женщинам. «Бегство в материнство», или «воспаление материнства», по выражению французских психоаналитиков [19], сопровождается сменой супружеской сексуальности на материнскую чувствительность. Однако мы думаем, что это скорее «воспаление женственности», чем материнства, так как вытесняется именно женская сексуальность, а не материнство. Бегство в материнство представляет собой вытеснение сексуального начала, при этом женщина-мать всегда находит для себя социально приемлемые оправдания и рационализации. «Побег в материнство представляет собой достаточно часто встречаемый у женщин защитный механизм, который одновременно является наиболее сложным для распознавания. На нем обманываются не только супруг, близкие, но иногда и сама женщина, доказательством чего могут служить возникающие на этой почве дела о разводе» [10].

Сексуальная культура женщины формируется под воздействием материнской опеки. Однако представления о сексуальности, в свою очередь, формируются этнокультуральной системой ценностей. Отношение к этой системе ценностей различно у различных женщин, но в целом каждая женщина так или иначе впитывает в себя доминирующие в обществе социальные предписания сексуального поведения. Очень часто, если не всегда, эти предписания становятся социальной ширмой, за которой мать «терроризирует» дочь, навязывая ей свои представления о сексуальной жизни. Мать «захватывает и эксплуатирует» сексуальную судьбу дочери.

Термин «материнское захватничество» принадлежит французскому психоаналитику Франсуазе Кушар. «Принуждение соответствовать общепринятым общественным моделям, девальвация женской сексуальности, выведывание секретов, ужасающие наветы и обвинения, всякого рода вмешательство в личную жизнь –

вот далеко не полный список наиболее часто встречающихся форм, среди которых смешение идентичностей – едва ли не самая обычная, но, тем не менее, далеко не самая безобидная форма «материнского захватничества» [19].

Мать, навязывая дочери собственную идентичность, лишает ее возможности раскрытия собственного сексуального, женского потенциала. Это явление носит также другое название – «нарциссическое злоупотребление». Как правило, матери, лишаящие своих дочерей собственной сексуальной идентичности, страдают сексуальной неудовлетворенностью. «Лишенная матерью собственной природной идентичности, девочка вынуждена нести двойной груз, конструируя ложную самоидентичность и к тому же помогая реализовывать чужую – материнскую».[19].

Мать в такой ситуации живет не для дочери, а вместо дочери, а дочь, в свою очередь, живет не для себя, а вместо матери. Эта порочная ситуация приводит, рано или поздно, к патологическим изменениям сексуальных представлений дочери. Мать не желает отпускать дочь, она живет этой жизнью, она не может допустить отделения дочери от себя. Франсуаза Кушар пишет: «Отношения «материнского захватничества» основываются на неспособности некоторых матерей вынести малейшее разделение со своим ребенком, невозможности оставить хоть немного свободного пространства между ним и собой. Можно привести в пример тех женщин, которые способны заниматься какой-либо другой деятельностью только в тех случаях, когда ребенок постоянно находится в их поле зрения» [19].

Тираническая любовь женщины-матери, не желающей отпустить свою дочь, в конце концов сформирует у дочери чувство вины. Дочь, желая освободиться от нарциссической любви матери, будет вынуждена вновь возвратиться в «эмоциональный плен» к матери, так как чувство вины не позволит ей полноценно реализовать свою женскую судьбу. Это чувство вины в дальнейшем наложит табу на сексуальные наслаждения, это чувство вины получит свое компромиссное разрешение в сексуальных расстройствах женщины-дочери.

Стереотипы социального мира приписывают высшую ценность женщине-матери, при этом совершенно не принимают в расчет, что нормы материнской любви часто оборачиваются трагедией для дочери. «Согласно этим нормам и представлениям, считается, что “в большей степени матери, чем женщины” отдадут

своим детям свои самые лучшие чувства, сострадание и жалость, а в ответ на свою любовь получают равнодушие или отторжение. В то же время дочь, в противоположность матери, несет реальное бремя этих норм, в течение длительного времени интериоризируя в форме ответной любви к матери чувство благодарности и зависимости, а вместе с ними и чувство вины, усиливающееся с каждой попыткой вырваться на свободу.

Таким образом, позиции отнюдь не симметричны: чистой совести и чувству выполненного долга матери соответствует чувство вины дочери, т.е. на одном полюсе полное оправдание первой, а на другом – бесконечные угрызения совести у второй» [19]. Выходом из подобной психической напряженности, как мы уже отмечали, может быть механизм конверсии, когда психическая проблема перемещается в соматическое поле. И в данном случае мы сталкиваемся с психосексуальными расстройствами. Это один из известных механизмов формирования подобных расстройств, механизм, который часто просто незаслуженно игнорируется при объяснении генеза психосексуальных дисфункций женщины.

Драматизация сексуальной жизни приводит к тому, что человек оценивает свое психологическое здоровье согласно сексуальному критерию. Смысл жизни сводится к возможности переживать оргазм. Все рассмотренные виды сексуальных установок естественно проистекают из специфики культурных влияний. «Анализ сексуального поведения многих людей показывает, что на это поведение оказывают влияние старые традиции, которые сохранились в обычаях, подсознании, мифах, стереотипах, литературе, в семейном воспитании. Взаимосвязь между семейными традициями, воспитанием и общей культурой часто проявляется в комплексах, блокирующих чувственные отношения» [11].

Обусловленность сексуальных расстройств культурной спецификой более чем очевидна, однако именно в этой области мы имеем чрезвычайно мало исследований. Между тем транскультуральная сексология, являясь молодой наукой, акцентирует внимание именно на этой стороне сексуальных отношений. «Исследователи отмечают, что понятие нормы и патологии в интимных отношениях однозначно связаны с определенным культурным контекстом и не могут носить общий характер» [11]. Важно лучше понимать возможные взаимосвязи вопросов сексуальности со спецификой культуры [22].

Вне сомнения, культурный контекст сексуального поведения отображает доминантные комплексы, распространенные более всего в данной культуре. Если мы говорим об армянской сексуальной культуре, то можно предположить, что женщины чаще всего страдают комплексом Дианы. Фетишизация девственности – явление не новое, его можно обнаружить уже в таких древних культурах, как древнеиндийская, древнеегипетская и древнегреческая. Сакральность этого подхода не исчезает со временем, мы постоянно сталкиваемся с его проявлениями в той или иной культуре. Как правило, это древние культуры, которые отличаются своим отношением к сфере сексуальности от более молодых культур. Это не значит, что в древних культурах отводят сексуальным отношениям незначительное место, как раз наоборот – сексуальные отношения находятся в центре внимания, как та область отношений, в которой более рельефно проявляются национальные традиции и обычаи. А это может означать, что сексуальность в таких культурах находится в поле воздействия психосоциальных и культуральных факторов.

Сексуальное поведение человека нельзя рассматривать вне культурного контекста, так как половые роли формируются, усваиваются лишь в границах культуры. Это значит, что мировоззрение человека, поведение, эмоциональные реакции – все вместе несёт на себе глубокую печать этнокультурных установок и стереотипов. В границах культуры формируются гендерные типы поведения, и в этих же границах формируется качество сексуального здоровья личности. Психотерапия сексуальных расстройств должна обязательно опираться на этнические и ценностные факторы, связанные с культурными особенностями клиента и его социальной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменкова В.В. Половая дифференциация и сексологизация детской субкультуры, или Горький вкус запретного плода // Мир психологии. 2000. № 1(2). С. 143–153.
2. Акимова Л.Н. Психология сексуальности. Одесса: СМЛ, 2005. 198 с.
3. Бах Э.К., Уинц Дж.П., Барлоу Д.Х. Сексуальная дисфункция // Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. С. 808–874.
4. Гидденс Э. Трансформация интимности. СПб.: Питер, 2004. 208 с.
5. Каплан Х.С. Сексуальная терапия: иллюстрированное руководство: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 160 с.
6. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб.: Питер, 2002. 1312 с.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Сексуальность в постсовременном мире. М.: Академический Проект; Культура, 2011. 326 с.

8. Кочарян Г.С. Современная сексология. Киев: Ника-Центр, 2007. 398 с.
9. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и паттерны поведения: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. 2005. № 4. С. 20–33.
10. Лев-Старович З. Нетипичный секс. М., 1995. 368 с.
11. Лев-Старович З. Секс в культурах мира. М., 1991. 255 с.
12. Мартель Б. Сексуальность, любовь и гештальт. СПб.: Речь, 2006. 192 с.
13. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
14. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
15. Старшенбаум Г.В. Сексуальная семейная психотерапия. М., 2003. 300 с.
16. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
17. Частная сексопатология: руководство для врачей: в 2 т. / под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1983.
18. Шарфф Д. Сексуальные отношения. М.: Когито-Центр, 2008. 304 с.
19. Эльячефф К., Эйниш Н. Дочки – матери. Третий лишний? М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. 448 с.
20. Якоби. М. Стыд и истоки самоуважения. М., 2001. 249 с.
21. Яффе М. Секс в жизни женщины. М.: Медицина, 1991. 176 с.
22. Burri A., Graziottin A. Cross-cultural differences in women's sexuality and their perception and impact of premature ejaculation. *Urology*, 2015. Vol. 85(1), Jan., pp. 118–124. doi: 10.1016/j.urology.2014.09.037.
23. Ferdenzi C., Delplanque S., Vorontsova-Wenger O., Pool E., Bianchi-Demicheli F., Sander D. Perception of Men's Beauty and Attractiveness by Women with Low Sexual Desire. *J. Sex Med.*, 2014, Dec. 15. doi: 10.1111/jsm.12795 [Epub ahead of print].
24. Freud S. Sexuality and the psychology of love. New York, Touchstone, 1997.
25. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. New York, Basic Books, 2011.
26. Herbenick D., Mullinax M., Mark K. Sexual desire discrepancy as a feature, not a bug, of long-term relationships: women's self-reported strategies for modulating sexual desire. *J. Sex Med.*, 2014, vol. 11(9), Sep., pp. 2196–2206. doi: 10.1111/jsm.12625 [Epub 2014 Jul 22].
27. Lo S.S., Kok W.M. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. *J. Sex Med.*, 2014, vol. 11(7), Jul., pp. 1749–1756. doi: 10.1111/jsm.12508 [Epub 2014 Mar 24].
28. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K., Müldner-Nieckowski L., Dembińska E., Rutkowski K., Smiatek-Mazgaj B., Mielimaka M. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient (Article in Polish). *Psychiatr. Pol.*, 2014, vol. 48(4), Jul.-Aug., pp. 739–758.
29. Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski L., Dembińska E., Krzysztof R., Mielimaka M., Smiatek-Mazgaj B. Childhood sexual traumatic events and sexual life and relationship of a patient (Article in Polish). *Psychiatr. Pol.*, 2014, vol. 48(3), May-Jun., pp. 573–597.
30. Stephenson K.R., Pulverman C.S., Meston C.M. Assessing the association between childhood sexual abuse and adult sexual experiences in women with sexual difficulties. *J. Trauma Stress.*, 2014, vol. 27(3), Jun., pp. 274–282. doi: 10.1002/jts.21923.

REFERENCES

1. Abramenkova V.V. *Polovaya differentsiatsiya i seksologizatsiya detskoj subkul'tury, ili Gor'kii vkus zapretnogo ploda* [Gender differentiation and sexologisation of children subculture: Bitter taste of forbidden fruit]. *Mir psikhologii* [Psychology World], 2000, no. 1(2), pp. 143–153.
2. Akimova L.N. *Psikhologiya seksual'nosti* [Psychology of sexuality]. Odessa, SMIL Publ., 2005, 198 p.
3. Wincze J.P., Bach A.K., Barlow D.H. Sexual Dysfunction. In: Barlow D.H., ed. *Clinical handbook of psychological disorders, a step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York, Guilford Press, 2008, pp. 615–661 (Russ. ed.: Bakh E.K., Uints Dzh.P., Barlou D.Kh. Seksual'naya disfunktsiya. In.: Barlou D., ed. *Klinicheskoe rukovodstvo po psikhicheskim rasstroistvam*. 3-e izd. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, pp. 808–874).
4. Giddens A. The transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies. Stanford, Stanford university Press, 1993, 212 p. (Russ. ed.: Giddens E. *Transformatsiya intimnosti*. St.Petersburg, Piter, 2004, 208 p.).
5. Kaplan H.S. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. Psychology Press, 1994, 544 p. (Russ. ed.: Kaplan Kh.S. *Seksual'naya terapiya: II. rukovodstvo*. Moscow, Klass, 2001, 160 p.).
6. Baumann U., Perrez M. *Lehrbuch klinische Psychologie-Psychotherapie*. Huber, 1998, 1107 p. (Russ. ed.: *Klinicheskaya psikhologiya/ Pod red. M. Perre, U. Baumana*. St.Petersburg, Piter, 2002, 1312 p.).
7. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Seksual'nost' v postsovremennom mire* [Sexuality in postmodern world]. Moscow, Akademicheskii Proekt Publ.; Kul'tura Publ., 2011, 326 p.
8. Kocharyan G. S. *Sovremennaya seksologiya* [Modern sexology]. Kiev, Nika-Tsentr Publ., 2007, 398 p.
9. Kocharyan G.S. *Seksual'nye disfunktsii i patterny povedeniya: sovremennyy analiz problem* [Sexual dysfunctions and behavioral patterns: actual approach to analysis of the problem]. *Seksologiya i seksopatologiya* [Sexology and Sexopathology], 2005, no 4, pp. 20–33.
10. Lew-Starowicz Z. *Seks nietypowy*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, 1988, 215 p. (Russ. ed.: Lev-Starovich Z. *Netipichniy seks*. Moscow, 1995, 368 p.).
11. Lew-Starowicz Z. *Seks w kulturach świata*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1987 (Russ. ed.: Lev-Starovich Z. *Seks v kul'turakh mira*. Moscow, 1991, 255 p.).
12. Martel B. *Sexualité, amour et Gestalt*. Paris, InterÉditions, 2007, 173 p. (Russ. ed.: Martel' B. *Seksual'nost', lyubov' i geshtal't*. St.Petersburg, Rech', 2006, 192 p.).
13. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline mental disorders as psychological and cultural phenomenon]. Cheboksary, Chuvash State University Publ, 2006, 384 p.
14. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi dez-adaptatsii* [Family and spiritual values under psychical deadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, no. 2, pp. 90–99.
15. Starshenbaum G.V. *Seksual'naya semeinaya psikhoterapiya* [Sexual family psychotherapy]. Moscow, 2003, 300 p.
16. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive character of attitude system of neurotic disorders patients]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni*

- N.A. Nekrasova [Bulletin of N.A. Nekrasov Kostroma State University], 2009, no. 15(1), pp. 328–332.
17. Vasil'chenko G.S., ed. *Chastnaya seksopatologiya: rukovodstvo dlya vrachei: v 2 t.* [Concrete psychopathology: Manual. 2 vols.]. Moscow, Meditsina Publ., 1983.
18. Sharff D.E. *The Sexual Relationship: An Object Relations View of Sex and the Family.* Routledge, 1988, 268 p. (Sharff D. Seksual'nye otnosheniya. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2008, 304 p.).
19. El'yacheff K., Einish N. *Dochki–materi. Tretii lishnii?* (Mothers and Daughters: The Third Wheel?). Moscow, Humanities Research Institute Publ., 2006, 448 p.
20. Jacoby M. Shame and the Origins of Self-esteem: A Jungian Approach. Routledge, 1996, 144 p. (Russ. ed.: Yakobi M. Styd i istoki samouvazheniya. Moscow, 2001, 249 p.).
21. Yaffé M., Fenwick E. *Sexual Happiness for Women: A Practical Approach.* Holt, 1989, 159 p. (Russ. ed.: Yaffe M. Seks v zhizni zhenshchiny. Moscow, Meditsina Publ., 1991, 176 p.).
22. Burri A., Graziottin A. Cross-cultural differences in women's sexuality and their perception and impact of premature ejaculation. *Urology*, 2015. Vol. 85(1), Jan., pp. 118–124. doi: 10.1016/j.urology.2014.09.037.
23. Ferdenzi C., Delplanque S., Vorontsova-Wenger O., Pool E., Bianchi-Demicheli F., Sander D. Perception of Men's Beauty and Attractiveness by Women with Low Sexual Desire. *J. Sex Med.*, 2014, Dec. 15. doi: 10.1111/jsm.12795 [Epub ahead of print].
24. Freud S. *Sexuality and the psychology of love.* New York, Touchstone, 1997.
25. Freud S. *Three essays on the theory of sexuality.* New York, Basic Books, 2011.
26. Herbenick D., Mullinax M., Mark K. Sexual desire discrepancy as a feature, not a bug, of long-term relationships: women's self-reported strategies for modulating sexual desire. *J. Sex Med.*, 2014, vol. 11(9), Sep., pp. 2196–2206. doi: 10.1111/jsm.12625 [Epub 2014 Jul 22].
27. Lo S.S., Kok W.M. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. *J. Sex Med.*, 2014, vol. 11(7), Jul., pp. 1749–1756. doi: 10.1111/jsm.12508 [Epub 2014 Mar 24].
28. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K., Müldner-Nieckowski L., Dembińska E., Rutkowski K., Smiatek-Mazgaj B., Mielimaka M. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient (Article in Polish). *Psychiatr. Pol.*, 2014, vol. 48(4), Jul.-Aug., pp. 739–758.
29. Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski L., Dembińska E., Krzysztof R., Mielimaka M., Smiatek-Mazgaj B. Childhood sexual traumatic events and sexual life and relationship of a patient (Article in Polish). *Psychiatr. Pol.*, 2014, vol. 48(3), May-Jun., pp. 573–597.
30. Stephenson K.R., Pulverman C.S., Meston C.M. Assessing the association between childhood sexual abuse and adult sexual experiences in women with sexual difficulties. *J. Trauma Stress*, 2014, vol. 27(3), Jun., pp. 274–282. doi: 10.1002/jts.21923.

Бавеян Н.Э. Социальные и культурные факторы женской гиполибидемии и аноргазмии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 2. С. 171–189.

Аннотация. Одной из причин формирования гиполибидемии может быть специфика гендерной социализации личности. Гиполибидемия чаще всего формируется вследствие воспитания, когда с детских лет девочке внушаются убеждения в том, что половая жизнь является чем-то постыдным и греховным. Очевидно, в каждой отдельной этнической культуре существует определенный специфический набор причин, способствующих формированию сексуальных расстройств. Поведение женщины во многом определяется теми стереотипами, которые заложены в ней гендерной социализацией. Конечно же, эти стереотипы не являются психологической собственностью женщины, они навязаны в родительской семье. Однако очевидный внутренний конфликт, формирующийся у женщины, препятствует осуществлению ею родительских паттернов поведения. С другой стороны, несоблюдение этих паттернов способно сформировать у нее чувство вины. Вина возникает, как правило, в ситуациях нарушения табу. Процесс формирования сексуальных дисфункций, обусловленный психосоциальными факторами, может быть определен как развитие ложной самости женщины. В сексуальных дисфункциях женщины можно видеть «психологизацию» социального ханжества общества, которое не способно принять ценность и важность сексуальных отношений для здоровья личности. В работе также описана специфика современной армянской социальной реальности и соответствующей ей сексуальной культуры, чаще связываемой у женщин с проявлениями комплекса Дианы. Подчеркивается, что при психотерапии сексуальных расстройств должны обязательно учитываться этнические и ценностные факторы, связанные с культурными особенностями клиента и его социальной среды.

Ключевые слова: гиполибидемия, психогенные сексуальные дисфункции, табу, сексуальная культура, сексуальное здоровье, армянская культура.

Информация об авторе:

Бавеян Нэлли Эдиковна, магистр, соискатель кафедры социальной психологии Ереванского государственного университета. Армения, 0025, Ереван, ул. Алека Манукяна, 1. Тел. +374 93471396. nelli_bavejan@yahoo.com.

Baveyan N.E. Sotsial'nye i kul'turnye faktory zhenskoi gipolibidemii i anorgazmii [Social and cultural factors of female hypoactive sexual desire disorder and anorgasmia] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 2, pp. 171-189.

Abstract. One of the reasons for hypolibedemia may be a specific nature of gender socialization of a personality. Hypolibedemia develops with girls convinced since their childhood that sexual life is shameful and sinful. It is obvious that every ethnic culture has a certain set of reasons promoting the development of sexual disorders. A woman's behavior is determined by the stereotypes

instilled in her mind by gender socialization. These stereotypes are certainly not her psychological property, being enforced by her parents. However, the inner conflict that a woman develops discourages her from fulfilling her parental behavior patterns, which in its turn can arouse the feeling of guilt that is usual in situations of breaking a taboo. The process of developing sexual dysfunction determined by psychosocial factors may be defined as the development of a woman's false self. A woman's sexual dysfunction reflects «psychologization» of a social sanctimoniousness of the society, which is incapable to accept the value and significance of sexual relations for a person's health. The paper also describes the specificity of the Armenian social reality and the corresponding sexual culture that is often connected with women having a Diana complex. The author underlines the necessity to base psychotherapy of sexual disorders on the ethnic and axiological factors connected with the patient's cultural peculiarities and social surrounding.

Keywords: hypolibidemia, psychogenic sexual dysfunction, taboo, sexual culture, sexual health, Armenian culture.

Information about author:

Baveyan Nelli, Master of Psychology, Aspirant Ph.D., Social Psychology Department, Yerevan State University. 1, Alex Manoogian Str., Yerevan, 0025, Armenia. Tel. +374 93471396. *nelli_bavejan@yahoo.com*.

Поступила: 26.03.2015

Received: 26.03.2015

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является рецензируемым научно-практическим изданием, выходящим с 2005 года и представленным в базах данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и Ulrich's Periodicals Directory. Он публикует оригинальные теоретические и экспериментальные статьи, обзоры, описание клинических случаев, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, сексологии, суицидологии, когнитивных и нейронаук и смежных с ними областей знаний на русском и английском языках.

Будучи периодическим научным изданием Чувашского государственного университета, он объединяет в составе редакционной коллегии и редакционного совета видных отечественных и зарубежных учёных – специалистов в области медицины и психологии. Журнал осуществляет информационную поддержку Российского общества психиатров и Российского психологического общества. Выходит ежеквартально.

Основные требования. Редакция рассматривает статьи, нигде ранее не публиковавшиеся и не предоставленные для публикации в другие издания. Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора (авторов) с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Авторы несут полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

Вид, структура и объём статей.

Оригинальная статья – до 4000 слов текста самой статьи и 30–40 библиографических ссылок. Экспериментальная статья должна быть структурирована (введение, материал и методы, результаты, обсуждение, заключение) и описывать результаты исследований, направленных на решение актуальной научной задачи, должна содержать научную новизну.

Обзор до 6000 слов текста самой статьи и 50–70 библиографических ссылок. Он должен давать представление о состоянии исследований в данной области и включать объективный критический анализ имеющейся по данной теме отечественной и зарубежной литературы. В текстах статей и обзоров следует отдавать предпочтение ссылкам на публикации последних 5–10 лет.

Краткое сообщение – до 2000 слов текста самой статьи и 15–20 библиографических ссылок. Представляет собой короткую статью о новых результатах, не содержащую детального описания эксперимента. Также принимаются материалы, относящиеся к описаниям клинических случаев, обзорам конференций и других мероприятий, хроника мероприятий и событий и рецензии.

Оформление статей. Текст статьи набирается на компьютере в текстовом редакторе MS Word. На первой странице указываются: название статьи; фамилия, имя, отчество ее авторов; название учреждения, в котором выполнена работа, для каждого автора; город, страна. Далее идёт текст самой статьи.

Таблицы и рисунки должны быть наглядными, иметь название и не повторять данные, приведённые в тексте. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой.

В том же файле после статьи приводится аннотация на статью объёмом 200–250 слов и 5-7 ключевых слов или фраз. Аннотация должна полностью соответствовать структуре статьи и кратко отражать её основное содержание. Также дается перевод названия статьи, аннотации и ключевых слов на английский язык.

Список литературы и ссылки на источники оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления». Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на языках с латинской графикой указывается после литературы на русском языке или языках, использующих кириллицу. В источнике должны быть представлены все авторы независимо от их числа. Библиографические описания русскоязычных источников должны содержать транслитерацию оригинального русского названия и его перевод на английский язык. Транслитерация может делаться при помощи сайта <http://www.translit.ru> с выбором системы транслитерации BSI. Для публикаций на языках, использующих латинскую графику, английский перевод не делается. По просьбе авторов редакция высылает более подробную инструкцию по оформлению списка литературы с конкретными примерами.

Представление статей в редакцию. Представление статьи в редакцию в электронном виде или бумажном виде сопровождается приложением следующих документов, образцы которых можно получить в редакции или на сайте издания:

1) личного письма-заявления автора (одного из авторов) или официального направления учреждения, в котором выполнена работа. Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде;

2) самой статьи, на первой странице которой имеются подписи всех авторов с расшифровкой. Статья может быть подписана одним из авторов, который берет на себя ответственность и ставит подпись с расшифровкой и припиской «Согласовано со всеми авторами». Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде (только первая страница с подписями);

3) анкеты автора (анкет авторов), содержащей необходимую для публикации или переписки информацию о статье и ее авторах. Оформляется по специальной форме и отсылается в редакцию в формате Word в электронном виде;

Условия публикации статьи. Все рукописи, поступающие в редакцию, проходят рецензирование. После получения рецензий и ответов автора редакция принимает решение о публикации или отклонении статьи. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин.

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2015

Т. 11, № 2

Редактор *Г.Ф. Губанова*
Технический редактор *Н.Н. Иванова*

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-60903 от 02.03.2015 г.

Сдано в набор 06.04.15. Подписано в печать 11.06.15. Выход в свет 20.06.15.

Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 11,3. Уч.-изд. л. 12,0.

Тираж 100 экз. Заказ № 729. Свободная цена.

428015, Чебоксары, Московский просп., 15
Типография Чувашского университета

**Пятый съезд
психиатров, наркологов, психотерапевтов,
медицинских психологов Чувашии**

Чебоксары, 25-27 июня 2015 года

В соответствии с планом работы Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики на 2015 год в целях улучшения качества оказания психиатрической помощи, повышения квалификации врачей-психиатров, психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, других специалистов 25-27 июня 2015 года в г. Чебоксары на базе БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздравсоцразвития Чувашии проводится V съезд психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашской Республики.

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Чувашская ассоциация психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, Республиканская психиатрическая больница, Республиканский наркологический диспансер, Алатырская психиатрическая больница, Ядринская психиатрическая больница, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии.

К участию в работе съезда приглашаются специалисты (врачи, психологи, социальные работники, логопеды, работники образования, науки, культуры, других сфер), занятые охраной и укреплением психического здоровья, теоретическими и практическими вопросами совершенствования диагностики, лечения, профилактики, коррекции и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах.

Примерная тематика съезда: психическое здоровье: эпидемиологические и социокультурные аспекты, этико-правовые вопросы психического здоровья, клиническая психопатология, биологическая терапия психических расстройств, современные подходы психотерапии и психосоциальной реабилитации, клиническая и медицинская психология, психология в здравоохранении, психиатрия экстремальных ситуаций, зависимое поведение, суицидология и психология кризиса, психическое здоровье детей и подростков, психическое здоровье в позднем возрасте, психические расстройства в общемедицинской практике.

Дополнительная информация по адресу: ipsix@medinform.su.

Уважаемые коллеги!

23-26 сентября 2015 г. в Казани состоится XVI Съезд психиатров России совместно с Всероссийской научно-практической конференцией с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы».

Организаторы съезда: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российское общество психиатров, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Казанский государственный медицинский университет, Казанская государственная медицинская академия, Республиканская клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева (Татарстан).

На съезде и конференции будут представлены к обсуждению следующие темы:

1. Организация психиатрической помощи в период реформ.
2. Проблемы систематики и классификации психических расстройств.
3. Современные проблемы терапии психических расстройств.
4. Психиатрия в системе нейронаук: клинико-патогенетические исследования и поиск биологических маркеров психических расстройств.
5. Правовые вопросы оказания психиатрической помощи.
6. Профилактика психических расстройств. Профилактика суицидального поведения.
7. Химические и психические аддиктивные расстройства.
8. Актуальные проблемы детской психиатрии.
9. Психическое здоровье лиц пожилого и старческого возраста.
10. Интердисциплинарные проблемы психиатрической науки и практики.
11. Когнитивные расстройства и нейрокогнитивные исследования в психиатрической практике.
12. Сексология и сексопатология.
13. Клиническая психология и психотерапия.
14. Организационные вопросы работы Российского общества психиатров.

Предварительная программа Съезда опубликована на сайте РОП (<http://psychiatr.ru>).