

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

**Белогай К.Н., Морозова И.С., Каган Е.С.,
Губанова М.И., Борисенко Ю.В. —
Формирование позитивных
представлений девушек о своем теле
с использованием тренинговых технологий**

*Belogai K.N., Morozova I.S., Kagan E.S.,
Gubanova M.I., Borisenko Y.V. —
Developing a Positive Body Image in Young
Women by the Means of Training Technologies*

**Красавцева Ю.В., Корнилова Т.В. —
Нарциссизм как «светлый» аспект
в Темной Триаде**

*Krasavtseva Yu.V., Kornilova T.V. —
Narcissism as a "Light" Trait in the Dark Triad*

**Никольская А.В., Костригин А.А. —
Эффективность использования
анималотерапии в когнитивно-поведенческой
терапии: психотерапевтические кейсы**

*Nikolskaya A.V., Kostigin A.A. —
The Efficiency of Animal-Assisted Therapy
in Cognitive Behavioral Therapy:
Psychotherapeutic Cases*

4

2019

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY
THE L.G. SHCHUKINA PSYCHOLOGICAL INSTITUTE

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 27. № 4 (106) 2019 октябрь—декабрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),
Н.А. Польская (зам. главного редактора), Е.В. Филиппова,
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

Редактор
А.Ю. Разваляева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины
Ю. Клевера «Зима»

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2019**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,69. Тираж 1000 экз.

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 9 *Белогой К.Н., Морозова И.С., Каган Е.С.,
Губанова М.И., Борисенко Ю.В.*
Формирование позитивных представлений девушек о своем теле с использованием тренинговых технологий
- 29 *Василенко В.Е., Сергуничева Н.А.*
Семейные предикторы интерперсональной эмоциональной компетентности старших дошкольников
- 49 *Кораблина Е.П., Ермакова Н.Г., Красикова М.В.*
Психологические предпосылки профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у работников локомотивных бригад с избыточной массой тела
- 65 *Красавцева Ю.В., Корнилова Т.В.*
Нарциссизм как «светлый» аспект в Темной Триаде

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- 81 *Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю.*
Факторы риска и хронификации биполярного аффективного расстройства: биологические и психосоциальные аспекты

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

- 98 *Буданцов А.В., Молостова А.Н.*
Переживание этапов кохлеарной имплантации матерями незлышащих детей
- 117 *Беляева В.Н., Карягина Т.Д.*
Собственный травматический опыт психотерапевта в поле его профессиональной эмпатии: феномен «эмпатической затронутости»

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

- 136 *Бочавер К.А., Довжик Л.М.*
Психологические риски и окончание карьеры при получении травмы в спорте высших достижений: разбор случаев
- 149 *Никольская А.В., Костригин А.А.*
Эффективность использования анималотерапии в когнитивно-поведенческой терапии: психотерапевтические кейсы
- 165 *Шустов А.Д., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Шустова С.А.*
Самоорганизующиеся терапевтические системы при амбулаторной терапии пограничных зависимых пациентов

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

- 175 Психологическая терапия онлайн: о чем говорят исследования

FROM THE EDITOR

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

EMPIRICAL RESEARCHES

- 9 *Belogai K.N., Morozova I.S., Kagan E.S.,
Gubanova M.I., Borisenko Y.V.*
Developing a Positive Body Image in Young Women
by the Means of Training Technologies
- 29 *Vasilenko V.E., Sergunicheva N.A.*
Family Predictors of Older Preschoolers' Interpersonal
Emotional Competence
- 49 *Korablina E.P., Ermakova N.G., Krasikova M.V.*
Psychological Prerequisites for Preventing Cardiovascular
Diseases among Overweight Train Crew Members
- 65 *Krasavtseva Yu.V., Kornilova T.V.*
Narcissism as a “Light” Trait in the Dark Triad

RESEARCH REVIEWS

- 81 *Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu.*
Risk Factors and Chronicity of Bipolar Affective Disorder:
Biological and Psychosocial Aspects

WORKSHOP AND METHODS

- 98 *Budantsov A.V., Molostova A.N.*
Experience of Stages of Cochlear Implantation by Mothers
of Deaf Children
- 117 *Belyaeva V.N., Karyagina T.D.*
Psychotherapist’s Own Traumatic Experience in the Field
of His/Her Professional Empathy: The Phenomenon
of Empathic Involvement

CASE STUDY

- 136 *Bochaver K.A., Dovzhik L.M.*
Psychological Risks and the End of Career in the Event of Injury
in High Performance Sport: Analysis of Cases
- 149 *Nikolskaya A.V., Kostrigin A.A.*
The Efficiency of Animal-Assisted Therapy in Cognitive
Behavioral Therapy: Psychotherapeutic Cases
- 165 *Shustov A.D., Shustov D.I., Tuchina O.D., Shustova S.A.*
Self-Organizing Therapeutic Systems in Outpatient Therapy
of Borderline Patients with Substance Use Disorders

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

- 175 Psychotherapy Online: What Studies Have to Say About It

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Мы рады отметить, что в последнем номере 2019 года в рубрике «Эмпирические исследования» у нас публикуются четыре статьи с разнообразной тематикой, а также три статьи в рубрике «Анализ случая». Эти два разных жанра исследований — первый, апеллирующий к статистическим закономерностям, и второй — обращенный к живой феноменологии — одинаково необходимы для продуктивного развития психологического консультирования и психотерапии как сферы науки и практики. Также в представляемом номере есть аналитический обзор, содержащий новейшие научные данные, и две феноменологически насыщенные, построенные на качественном анализе статьи в рубрике «Мастерская и метод». Мы считаем, что строгость статистического научного анализа эмпирических данных не должна закрывать для нас реальную картину страданий и проблем каждого конкретного пациента и клиента, поэтому редакционная стратегия нашего журнала остается прежней — мы приветствуем разные жанры публикаций и стараемся заботиться об их балансе. Эта позиция полностью соответствует оценкам экспертов в области психотерапии, подчеркивающих необходимость сохранения такого баланса в исследованиях психотерапии и ее эффективности.

Итак, представим эмпирические исследования данного номера. Статья группы авторов из Кемеровского государственного университета — Белогай К.Н., Морозова И.С., Каган Е.С., Губанова М.И., Борисенко Ю.В. — обращена к теме, которая не раз освещалась на страницах нашего журнала — нездоровые стандарты телесной красоты в современ-

Для цитаты:

Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 5—8. doi: 10.17759/cpp.2019270401

ном обществе. Авторы не только исследуют эту проблему, но и предпринимают попытку раскрыть возможности психологических методов в борьбе с деструктивными культуральными стереотипами у молодых девушек. Надеемся, что полученные положительные сдвиги, подкрепленные статистическим анализом, вдохновят практиков на масштабную психопрофилактическую работу с молодым поколением. Вторая статья показывает важную роль материнского социального интеллекта для развития социального интеллекта ребенка, что было продемонстрировано и раньше, в других исследованиях, однако авторы статьи — петербургские психологи Василенко В.Е. и Сергуничева Н.А. — идут дальше и отмечают интересный феномен, выходящий за рамки этого правила, который они назвали гиперкомпенсацией. Есть над чем подумать и поразмышлять исследователям социального познания и социального интеллекта.

Как мы уже отметили выше, группы, которым адресованы вошедшие в номер эмпирические исследования, весьма разнообразны. В третьей статье рубрики, представленной коллективом авторов из РГПУ имени А.И. Герцена (Кораблина Е.П., Ермакова Н.Г., Красикова М.В.), такой группой являются машинисты электропоездов и их помощники, ежедневно отвечающие за безопасность и жизни людей. Исследования профессиональных рисков являются крайне важными в плане предотвращения техногенных катастроф, так как позволяют планировать мероприятия по сохранению здоровья людей и повышению безопасности движения. Наконец, в последней эмпирической статье этого номера на большой выборке, включающей менеджеров, студентов и аспирантов, авторы — Красавцева Ю.В. и Корнилова Т.В. — развивают тему диалектического подхода к феномену нарциссизма, которая все отчетливее звучит в западных исследованиях, ориентированных на поиск светлых сторон эпидемии нарциссизма в современном обществе.

Научный обзор, представленный в данном номере, выполнен группой сотрудников МНИИ психиатрии — двумя психиатрами (Довженко Т.В. и Царенко Д.М.) и психологом (Юдеева Т.Ю.). Впервые на страницах нашего журнала достаточно полно освещается современное состояние исследований биполярного аффективного расстройства — диагноза, который вызывает много дискуссий и все чаще начинает использоваться в клинической практике.

Статьи в рубрике «Мастерская и метод» объединены обращенностью к травматическому опыту и его анализу на основе метода интервью. Авторами первой статьи Буданцовым А.В. и Молостовой А.Н. рассмотрены этапы переживания родителями критического события (рождения ребенка с тяжелыми дефектами слуха) и процесса совладания с ним — реализации решения о сложном лечении этого дефекта на основе современных технологий — кохлеарной имплантации. Обработка данных от-

дельных интервью свидетельствует, что травматическое событие может стать не только источником тяжелых переживаний, но и способствовать посттравматическому росту. Последнее понятие привлекает все большее внимание современных исследователей травматического стресса в нашей стране и за рубежом, так как открывает важный путь к оказанию помощи людям, переживающим тяжелые жизненные события. Вторая статья в данной рубрике посвящена описанию феномена «эмпатической затронутости» терапевта с попыткой разработки и концептуализации этого нового понятия. Введение этого понятия авторами направлено на выделение механизмов реагирования терапевта на травматические события клиента в зависимости от наличия сходного травматического опыта. Как тут не вспомнить идею награды для медицинских психологов, которую предложил главный редактор дружественного нам журнала «Медицинская психология в России» В.А. Урываев. Эта награда в виде изображения кентавра Хирона называется «раненый целитель», т. е. врач, терапевт, познавший страдание и боль и поэтому способный к истинному состраданию и сопереживанию. Авторы — Беляева В.Н. и Карягина Т.Д. — исследуют, как именно может отзываться на терапевтическом процессе общая по содержанию травма терапевта и пациента.

Три статьи в рубрике «Анализ случая» заставляют о многом задуматься и, возможно, вызовут дискуссию и отклики у наших читателей. Конечно, мы попросили всех авторов этой рубрики указать на выполнение этических норм и невозможность опознания конкретных людей, чьи случаи послужили основой для публикации. Впервые на страницах нашего журнала появляется статья, посвященная психологическим проблемам спорта высоких достижений. Ее авторы — Бочавер К.А. и Довжик Л.М. — обращаются к критическим событиям в жизни спортсменов, посвятивших спорту всю свою жизнь и карьере и внезапно оказавшихся в ситуации невозможности реализации этой ведущей для них деятельности. Анализ конкретных случаев направлен, с одной стороны, на выявление механизмов дезадаптации спортсменов и, с другой стороны — на поиск конструктивного копинга как основы психологической помощи при преодолении возникшего жизненного кризиса. Пионерская работа авторов следующей публикации — Никольской А.В. и Костригина А.А. — может вдохновить многих специалистов на привлечение животных к работе с пациентами, испытывающими трудности в контактах и с непосредственным выражением эмоций. Привлекает интегративный характер работы: авторы удачно сочетают анималотерапию (участие собак в работе с пациентами) с техниками когнитивно-бихевиоральной терапии в процессе лечения двух случаев тревожных расстройств — социальной и простой фобий. Последняя статья рубрики, написанная коллективом авторов, специализирующихся в работе с

зависимыми пациентами, — Шустов А.Д., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Шустова С.А., — наводит на важные размышления о профессиональных нормах и ограничениях при работе с пациентами и их родственниками. Проведенный анализ лишний раз доказывает недопустимость ролевой конфузии (принятия роли терапевта для разных членов семьи) и связанную с этим опасность превращения терапевта в часть семейной системы. Именно при работе с зависимыми и их семьями становится предельно ясной важность соблюдения принципов системного подхода к семье для успешной психотерапии. Это, прежде всего, принцип нейтральности и принцип котерапии, позволяющий котерапевтам постоянно осуществлять совместную рефлексию, обеспечивающую соблюдение принципа нейтральности.

И как всегда, номер завершается дайджестом, подготовленным специально для нашего журнала Еленой Можаевой. Не сомневаемся, что наши читатели будут с большим интересом знакомиться с последней информацией о возрастающей роли онлайн-терапии в современном цифровом обществе. И как бы по-разному мы ни относились к этому конкуренту живого и непосредственного контакта, эта та новая реальность, которую необходимо осознавать, считаться с ней и использовать ее позитивные стороны.

В заключение от имени всей редакции нашего журнала мы поздравляем наших читателей с наступающим Новым годом с пожеланиями профессионального роста и новых творческих удач!

А.Б. Холмогорова

For citation:

Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 5—8. doi: 10.17759/cpp.2019270401. (In Russ., abstr. in Engl.).

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ДЕВУШЕК О СВОЕМ ТЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

К.Н. БЕЛОГАЙ*,
Кемеровский государственный университет,
Кемерово, Россия,
belogi@mail.ru

И.С. МОРОЗОВА**,
Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия,
ishmorozova@ya.ru

Для цитаты:

Белогай К.Н., Морозова И.С., Каган Е.С., Губанова М.И., Борисенко Ю.В. Формирование позитивных представлений девушек о своем теле с использованием тренинговых технологий // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 9—28. doi: 10.17759/cpp.2019270402

* *Белогай Ксения Николаевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры акмеологии и психологии развития, Институт образования, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Россия, e-mail: belogi@mail.ru

** *Морозова Ирина Станиславовна*, доктор психологических наук, директор Института образования, заведующая кафедрой акмеологии и психологии развития, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Россия, e-mail: ishmorozova@ya.ru

Е.С. КАГАН*,**

Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия,
kaganes@mail.ru

М.И. ГУБАНОВА**,**

Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия,
m.gubanova32@mail.ru

Ю.В. БОРИСЕНКО***,**

Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия,
evseenkova@mail.ru

Проводится анализ формирования позитивных представлений девушек о своем теле: выделяются факторы, детерминирующие представления девушек о своем теле, и описываются результаты экспериментального исследования. Цель исследования заключалась в экспериментальной проверке возможности формирования позитивных представлений о своем теле у девушек с помощью тренинга. Выборку составили девушки 18—20 лет (N=64). Для сбора данных использовались личностные опросники и интервью. Показано, что в период юности представления девушек о теле связаны с нереалистичными внешними эталонами привлекательности. При этом они амбивалентны: с одной стороны, показатели информационно-оценочного компонента представлений девушек о своем теле достаточно высоки, с другой стороны, на высоком уровне находится и недовольство телом и значительная часть респонденток опираются на внешние стандарты в оценке привлекательности. Обнаружено, что развитию позитивных представлений девушек о своем теле способствует личностный психологический тренинг, направленный на снижение беспокойности весом и формами, расширение интернализированных стереотипов относительно тела и повышение ценностного отношения к телу (различия в компонентах представлений о своем теле до и после тренинга значимы при $p \leq 0,05$).

*** *Каган Елена Сергеевна*, кандидат технических наук, заведующая кафедрой прикладной математики, Институт фундаментальных наук, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Россия, e-mail: kaganes@mail.ru

**** *Губанова Маргарита Ивановна*, доктор педагогических наук, профессор межвузовской кафедры общей и вузовской педагогики, Институт образования, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Россия, e-mail: m.gubanova32@mail.ru

***** *Борисенко Юлия Вячеславовна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры акмеологии и психологии развития, Институт образования, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Россия, e-mail: evseenkova@mail.ru

Ключевые слова: представления о своем теле, позитивный образ тела, недовольство внешностью, юношеский возраст, психологический тренинг, девушки.

В современном обществе распространяются нереалистичные эталоны красоты и привлекательности, что приводит к росту числа пищевых нарушений, особенно среди подростков и молодых женщин. Исследования показывают, что негативные представления о своем теле связаны с низкой самооценкой и снижением психологического благополучия в целом [14; 24; 27]. Данные, собранные по всему миру, обнаруживают рост числа детей, подростков и молодых женщин с расстройствами пищевого поведения, включая нервную анорексию [3; 9]. При анализе распространенности пищевых нарушений в подростковом и юношеском возрасте в северо-западном Иране, при помощи метода срезов (сопоставления актуальных данных и результатов опроса 1990 г.) было показано, что в 1990 г. было диагностировано всего 0,25% респондентов с пищевыми нарушениями всех типов, в то время как в 2015 г. их число составило 24,2% [29]. Нарушения в представлениях о своем теле приводят также к проблемам в сексуальных отношениях и репродуктивной сфере людей. Есть данные об отрицательном влиянии негативных представлений женщин о своем теле на сексуальные отношения и репродуктивную сферу [8; 28].

Признанные авторитеты в области исследования образа тела — Трейси Тилка и Николь Вуд-Баркалоу (*T.L. Tylka, N.L. Wood-Barcalow*) — отмечают, что необходимо определить понятие «позитивные представления о своем теле», исследовать факторы и механизмы формирования указанного феномена, а также определить технологии формирования позитивных представлений о теле [36].

Теоретический анализ проблемы. Кратко остановимся на системе факторов, детерминирующих представления девушек о своем теле. Среди факторов выделяются как индивидуальные, так и средовые. Например, достаточно давно известно, что негативные представления о теле и сексуальные дисфункции у женщины связаны между собой [10]. Феминистские теории делают акцент на том, что изменения тела женщины, например, после беременности и родов, заставляют женщину искать сексуальные переживания с целью утвердить более позитивный образ своего тела [30]. Некоторые исследования показывают, что сексуальное желание у женщины может появиться, если она ощущает свою желанность для партнера [15]. Подобные факты объясняются концепцией «ответного желания» (*responsive desire*) [12]. Драматичные изменения в представлениях взрослого о своем теле могут происходить в результате травмы [5].

На основании метаанализа семидесяти семи экспериментальных и корреляционных исследований был сделан вывод: традиционные

СМИ транслируют молодым женщинам стереотипы нереалистично стройного и сексуализированного тела [21]. Женские персонажи в семейных фильмах имеют размер талии почти в два раза меньший, чем мужчины в тех же фильмах [31]. При этом экспериментальные исследования однозначно показывают, что у девушек и женщин, просматривающих фотографии, журналы и рекламные ролики, в которых показываются женщины, воплощающие идеал стройности, увеличивается неудовлетворенность своим телом [16; 19]. Что касается цифровых СМИ, исследования последних лет показали, что существует прямая связь между временем, проводимым женщинами в социальных сетях, интернализацией ими идеала худобы и неупорядоченным пищевым поведением [18].

Можно выделить ряд макрофакторов, оказывающих влияние на становление представления женщины о своем теле. В концепции самообъективации подчеркивается, что бесчисленные сообщения общества, воспринимающего женщину как сексуальный объект, приводят к тому, что и сама женщина начинает считать себя таковым [20]. В некоторых феминистски ориентированных теориях предполагается, что акцент на внешнем облике женщин уменьшает их возможности достичь чего-либо в других сферах, так как на заботу о внешности тратится очень много времени и энергии [25].

С другой стороны, индустриализация сопровождается экономический рост в обществе и приводит к социальным изменениям и глобализации. Индустриализация связана с индивидуализированной культурой, для которой характерно восприятие тела как проекта — объекта постоянной работы и изменений в соответствии со стандартами [11].

Сосредоточенность исследователей в основном на негативных представлениях и их детерминантах препятствует осмыслению детерминации позитивных представлений человека о своем теле. Под позитивными представлениями мы понимаем отражение тела, основанное на ценностном отношении к нему, включающее его принятие, признательность по отношению к нему, более гибкое и интегрированное представление о красоте, телесные поведенческие стратегии.

К числу индивидуальных психологических детерминант, определяющих становление позитивных представлений о теле, следует отнести высокую самооценку и оптимизм [36].

Семейные микрофакторы, детерминирующие становление позитивных представлений — это позитивная вербальная и невербальная связь от членов семьи, семейные послания и реализация членами семьи поведенческих телесных стратегий и практик, основанных на ценностном отношении к телу, а также сформированная безопасная привязанность к первичному объекту привязанности [4]. Сверстники также могут по-

влиять на формирование позитивных представлений — это происходит в том случае, если их комментарии о внешности противостоят социокультурным эталонам.

Интернализация социокультурных эталонов начинается в детстве. В подростковом возрасте к процессу формирования представлений подключается опыт, связанный с пубертатом и менархе. В период юности, для которого характерен кризис идентичности с его поиском ответов на вопросы «Кто я?» и «Какой я?», проблемы осмысления телесного опыта, телесных и связанных с ними личных границ, принятия или отвержения тела, оценки его функциональности и внешнего облика встают особенно остро, что делает исследования представлений о своем теле особенно актуальными.

В последние десятилетия исследователи разработали и внедрили различные программы, направленные на формирование позитивных представлений подростков и молодых людей о своем теле [35]. Успех подобных программ показывает, что формировать реалистичные позитивные представления о теле можно и в краткосрочных программах, помогающих участникам расширить интернализированные представления о красоте. Нам представляется, что в юношеском возрасте, когда самосознание сформировано, а личность переживает кризис идентичности, наиболее эффективной технологией работы, направленной на формирование позитивных представлений о своем теле, является личностный тренинг.

Метод

Материалы и методы. Цель настоящей работы — исследовать возможности формирования позитивных представлений о своем теле у девушек юношеского возраста. Была выдвинута гипотеза о возможности формирования у девушек позитивных представлений о своем теле посредством психологического тренинга.

Для проверки гипотезы мы разработали модель психолого-образовательного сопровождения. Содержательный компонент модели представлен принципами сопровождения. Технологический компонент модели включает диагностический, коррекционно-развивающий и организационно-методический этапы.

Результатом диагностического этапа является определение содержательных компонентов представлений о своем теле, выявление факторов и особенностей их становления в онтогенезе и оптимизация запроса на получение помощи. Коррекционно-развивающий этап предполагает определение структуры программы сопровождения и ее целевых ориентиров, документальное оформление программы и ее реализацию в дальнейшем.

Содержательный аспект программы тренинга предполагает реализацию нескольких направлений: осознание пространственного компонента представлений о теле и телесных границ; оптимизация функций телесных границ; рефлексия оценочно-информационного компонента; поиск ресурсных областей и работа с проблемными областями; диагностика индивидуальных особенностей представлений о своем теле; корректировка жестких интернализированных стереотипов; рефлексия существующего телесного опыта.

Программа тренинга включает в себя десять занятий, каждое продолжительностью три часа. Отбор методов для тренинговой работы осуществлялся на основании наших прежних исследований, показавших эффективность комплексного использования телесно-ориентированного подхода, постулирующего идею ценности тела [6], в сочетании с методами, опирающимися на работу с образами (ЭОТ, арт-терапия), что позволило подчеркнуть в тренинге единство тела и психики [7].

Для проверки эффективности тренинга было проведено два исследования экспериментальной группы: до тренинга и через 3 месяца после его окончания. Контрольная группа также дважды была подвергнута обследованию. Время проведения диагностики совпадало в двух группах.

Диагностические методики. Для сбора данных использовались личностные опросники. Энергетический компонент представлений о своем теле измерялся при помощи:

- 1) Опросника «Обеспокоенность формами тела» (*The 34-item Body Shape Questionnaire*) Купера [17] в адаптации К.Н. Белогай [1];
- 2) Двух шкал методики «Комментарии о внешности» (*Verbal Commentary on Physical Appearance Scale*) С. Хербозо [23] в адаптации К.Н. Белогай [1] — «Эмоциональная реакция на негативные комментарии о внешности» и «Негативная реакция на комплименты»;
- 3) Шкалы «Принятие» из опросника «Образ тела» К.Н. Белогай, И.С. Морозовой [1].

Информационно-оценочный компонент представлений измерялся с помощью:

- 1) Опросников «Мое тело» и «Образ тела» К.Н. Белогай, И.С. Морозовой [1];
- 2) Двух шкал методики «Комментарии о внешности» — «Негативные комментарии» и «Комплименты».

Временной компонент представлений исследовался с помощью методики «Жизненная динамика удовлетворенности внешним обликом» Е.В. Белугиной [2]. Для исследования также использовалось интервью [1]. Измерение веса и роста испытуемых осуществлялось в медицинском кабинете университета. Для расчета индекса массы тела (ИМТ) приме-

нялась формула: ИМТ равен весу, измеренному в килограммах, деленному на квадрат роста, измеренному в метрах.

Методы анализа данных. Были проведены: расчет описательных статистик — для описания представлений о своем теле в обследованной группе; сравнение выборочных средних для связанных и независимых выборок с использованием t-критерия Стьюдента и дисперсионного анализа — для проверки гипотезы исследования. Для обработки данных использовалась программа STATISTICA 10.

Выборка. В исследовании участвовали 64 девушки 18—20 лет, 34 из которых прошли психологический тренинг, направленный на формирование позитивных представлений о своем теле, 30 девушек того же возраста составили контрольную группу. Все девушки — студентки Кемеровского государственного университета. Отбор в контрольную и экспериментальную группы осуществлялся на основе добровольного мотивированного согласия девушек.

Результаты

Значения измеренных показателей до проведения тренинга не отличались значимо в двух группах ($p \leq 0,01$), поэтому описательные статистики приведем для выборки в целом (табл. 1).

Таблица 1

Представления девушек о своем теле (описательные статистики)

Параметры	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Ст. откл.
<i>Объективные характеристики</i>					
Вес	58,0	55,0	40,0	94,0	11,2
Рост	164,6	164,0	146,0	178,0	7,5
ИМТ	21,3	20,3	15,6	35,16	3,7
Возраст наступления менархе	12,6	13,0	10,0	17,0	2,3
<i>Информационно-оценочный компонент представлений девушек о своем теле</i>					
Степень соответствия внешним стандартам	55,5	60,0	0,0	100,0	26,1
Степень соответствия внутренним стандартам	62,8	70,0	0,0	100,0	26,9
Оценка (по методике «Мое тело»)	14,3	17,0	-24,0	29,0	10,6

Параметры	Среднее значение	Медиана	Минимум	Максимум	Ст. откл.
Функциональность («Мое тело»)	4,4	6,0	-11,0	12,0	5,1
Активность («Мое тело»)	2,3	3,0	-7,0	10,0	3,9
Оценка телосложения («Мое тело»)	1,7	2,0	-12,0	12,0	5,8
Оценка (по опроснику «Образ тела»)	7,5	8,0	-20,0	24,0	10,7
Функциональность («Образ тела»)	5,5	6,0	-12,0	20,0	7,6
Негативные комментарии о внешности (КОВ)	15,0	15,0	8,0	31,0	4,3
Комплименты (КОВ)	13,6	14,0	2,0	33,0	5,2
<i>Энергетический компонент представлений</i>					
Принятие («Образ тела»)	3,8	6,0	-14,0	20,0	8,1
Обеспокоенность формой тела	59	51,0	0,0	180,0	45,0
Эмоциональная реакция на негативные комментарии о внешности (КОВ)	12,4	11,0	0,0	28,0	6,6
Эмоциональная реакция на комплименты (КОВ)	8,29	8,0	2,0	16,0	3,6
<i>Временной компонент представлений — степень удовлетворенности внешним обликом</i>					
В 5 лет	8,7	10,0	0	10,0	2,2
В 10 лет	8,0	9,0	0	10,0	2,4
В 15 лет	5,9	5,0	0	10,0	2,7
В настоящий момент	6,7	7,0	0	10,0	2,5

Девушки обследованной группы имеют соответствующий возрастной норме индекс массы тела, вес и рост: возраст наступления менархе в среднем составляет 12,6 лет. Несмотря на нормальный индекс массы тела девушек, изучение содержательных характеристик информационно-оценочного компонента представлений о своем теле показывает, что степень рассогласования с внешними и внутренними стандартами велика, соответствие тела внешним и внутренним стандартам девушки определяют в среднем в 56% и 63% случаев, соответственно. Среди обследованных девушек 7% отметили, что их тело совсем не соответствует внешним и (или) внутренним стандартам. При этом у девушек в рассматриваемом возрастном периоде оценка соответствия собственным

идеалам положительно коррелирует с оценкой соответствия внешним стандартам ($r_s=0,74$; $p\leq 0,01$). Среди девушек есть те, кто имеет низкий ИМТ (18—19) или даже дефицит массы тела (ИМТ<17,5), но при этом указывают на соответствие стандартам в 30—40% случаев.

Средняя оценка тела по психосемантической методике «Мое тело» в данной возрастной группе получилась равной 14,33 (при максимально возможной — 30 баллов), оценка функциональности — 4,25 балла (максимально возможная — 12 баллов), активности — 2,31 (12 баллов максимум) и оценка телосложения — 1,74 балла (12 баллов максимум). Таким образом, для девушек характерна достаточно низкая оценка тела в целом и его параметров — функциональных, энергетических.

Что касается энергетического компонента представлений о своем теле в период юности, степень принятия тела достаточно низка — 3,8 балла (при максимально возможных 12 баллах), у многих девушек данный параметр принимает отрицательные значения. Эмоциональные реакции на негативные комментарии о внешности при этом достаточно сдержанны — девушки редко отмечают, что слова о том, что они поправились, и тому подобные комментарии вызывают очень резкую реакцию.

Если говорить об эмоциональной реакции на комплименты, то интересно, что некоторые девушки даже на комплименты реагируют амбивалентными и даже негативными эмоциями. Сравнивая эти данные с данными, полученными автором опросника «Комментарии о внешности», мы видим, что некоторые русскоязычные девушки отчасти напоминают латиноамериканок и афроамериканок, у которых комплименты увеличивают тревожность. С. Хербозо (*S. Herbozo*) с коллегами связывает полученные данные с тем, что идеалы женской привлекательности содержат стройность и белый цвет кожи, менее достижимый для латиноамериканок и афроамериканок [22]. Мы связываем амбивалентную реакцию русскоязычных девушек на комплименты с особенностями российской культуры, в которой не принято хвалить, но принято критиковать.

Обеспокоенность формами тела в нашей группе меняется от 0 до 180, в среднем составляя 59 баллов, данная возрастная группа крайне неоднородна по рассматриваемому признаку — в ней выделяется группа девушек с умеренной и высокой обеспокоенностью весом и формами тела.

Самая высокая степень удовлетворенности телом характерна для дошкольного и школьного детства; сравнение средних показывает, что эти оценки отличаются значимо ($p\leq 0,001$), т. е. оценка снижается при переходе от дошкольного детства к препубертату. С еще большей степенью значимости различаются оценки тела в школьном детстве и подростковом возрасте — к подростковому возрасту оценка снижается больше, чем на 20% ($p<0,001$). Оценка тела в юности возрастает по сравнению с подростковом возрастом ($p\leq 0,01$), однако она уже не достигает оценок детского возраста.

После окончания тренинга помимо опросников мы предложили участникам заполнить самоотчеты, анализ которых дает информацию об эффектах, которые оказал предложенный тренинг. Участники отмечали, что улучшились их взаимоотношения с собственным телом: они стали прислушиваться к нему, повысилась степень принятия тела, доверия к нему, возросло уважение к своим потребностям и чувствам. Произошли изменения и в системе интернализированных стереотипов, например, участники говорили о том, что оценки по шкале привлекательности стали менее полярными.

Сравнение групп при помощи критерия Стьюдента показало, что у девушек контрольной группы значимых различий в значениях показателей в двух замерах не выявлено ($p \leq 0,01$). В экспериментальной группе были отмечены статистически значимые различия в средних значениях показателей информационно-оценочного и энергетического компонентов представлений о своем теле — повысилась оценка тела и его функциональности и степень его принятия (табл. 2).

Таблица 2

**Динамика показателей в группе девушек, участвовавших
в тренинге ($p \leq 0,01$)**

Показатели по методике «Образ тела»	Среднее значение в группе	
	До тренинга	После тренинга
<i>Информационно-оценочный компонент</i>		
Оценка тела	6,8	10,1
Функциональность	4,7	5,6
<i>Энергетический компонент</i>		
Принятие	2,1	3,9

Важной составляющей позитивных представлений о теле является низкая обеспокоенность формами тела и весом. В экспериментальной группе этот показатель значимо изменился в ходе тренингового воздействия (рис. 1), в контрольной группе он остался без изменений.

Оценки степени соответствия внешним и внутренним стандартам в двух группах представлены на рис. 2.

Дисперсионный анализ показал, что до тренингового воздействия оценки в контрольной группе были несколько выше по этим параметрам, но статистически не различались с экспериментальной группой ($p \leq 0,01$). После завершения тренинга оценки повысились в обеих группах, однако статистически достоверные различия были только между оценками степени соответствия внутренним стандартам в экспериментальной группе до и после тренинга ($p \leq 0,01$) и между двумя группами после тренинга.

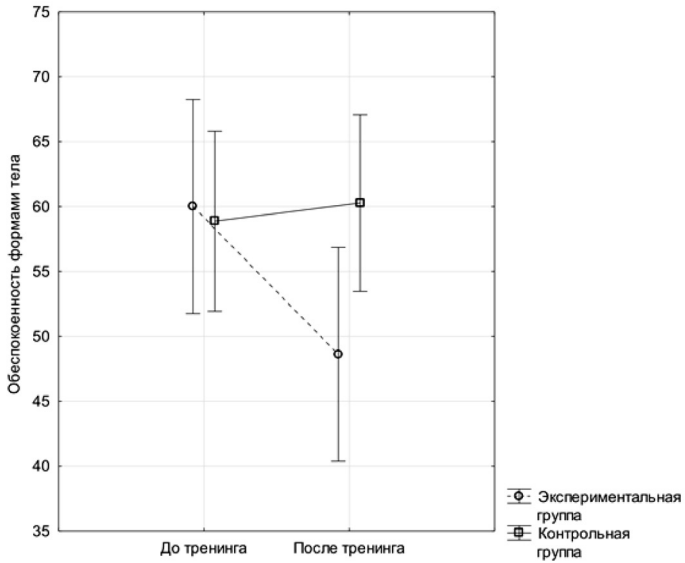


Рис. 1. Сравнение обеспокоенности формами тела в экспериментальной и контрольной группах до и после воздействия

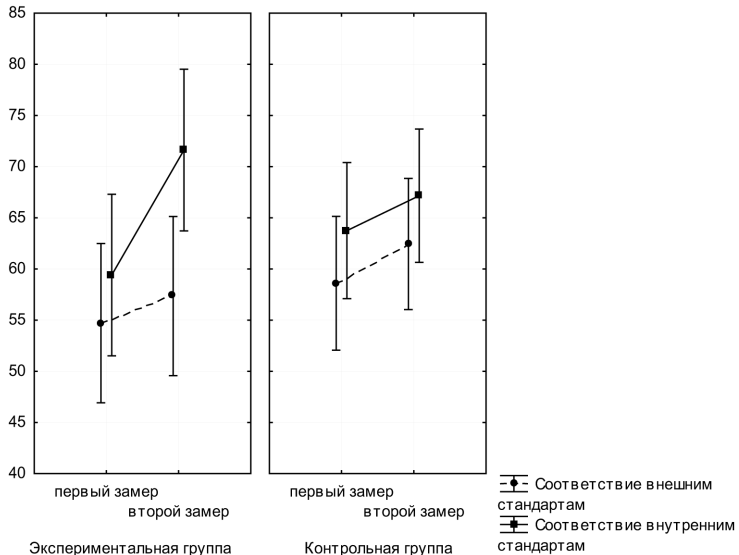


Рис. 2. Сравнение степени соответствия стандартам в экспериментальной и контрольной группах до и после воздействия

Обсуждение результатов

Сопоставляя полученные нами результаты с зарубежными данными, мы можем отметить, что чаще всего краткосрочная работа с молодыми девушками и женщинами представляет собой профилактические программы, направленные на информирование о здоровом поведении, нарушении питания, причинах расстройства пищевого поведения и на выках сопротивления социальному давлению [26]. В других случаях в программы включают блоки, нацеленные на повышение самооценки и принятие тела [32].

Программы профилактики и коррекции проблем с пищевым поведением чаще всего базируются на когнитивном и когнитивно-поведенческом подходах. Например, Сара Беармен (*S. Bearman*) с коллегами оценивали четырехчасовое когнитивно-поведенческое вмешательство, направленное на повышение удовлетворенности женщин с высоким риском в рассматриваемой области. Суть программы состояла в замене негативных представлений на позитивные утверждения и использовании систематической десенсибилизации для снижения тревоги относительно тела. Результатом работы стало значительное снижение неудовлетворенности телом и булимических симптомов при прекращении терапии в течение полугода после окончания вмешательства [13].

В других случаях программы строятся на когнитивистском подходе, в частности, на теории когнитивного диссонанса. Эрик Стайс (*Stice E.*) с коллегами показывают эффективность такой краткосрочной программы продолжительностью всего 3 часа. В рассматриваемой работе добровольно участвовали подростки 14—19 лет с повышенным риском расстройств пищевого поведения, интернализировавшие идеал ультрастройности. Девочки выполняли устные, письменные и поведенческие упражнения, в которых они критиковали этот идеал, в результате чего у них возникал когнитивный диссонанс. Итогом такой работы стало значительное снижение неудовлетворенности телом и приверженности ультрастройному идеалу, а также булимических симптомов [33].

Наряду с эффективностью воздействия когнитивного диссонанса на уменьшение интернализации стереотипов ультрастройного тела Стайс с коллегами обнаружили, что большой эффект в работе с нарушенным образом тела дает психообразовательный подход [34].

Таким образом, в зарубежных программах сопровождения можно выделить психологический компонент, направленный на повышение самооценки и развитие способности сопротивляться неконструктивным стереотипам относительно тела, и педагогический компонент, направленный на расширение знаний о правильном питании, причинах и последствиях расстройств пищевого поведения. Реализованная нами

программа тренинга в большей степени была психологической, нежели педагогической и, в первую очередь, была направлена на работу с установками.

Заключение. В период юности представления девушек о теле связаны с внешними стандартами и социокультурными стереотипами стройного, сексуализированного женского тела и идеи «тело как проект», однако постепенно, благодаря обратной связи значимых других — родителей и любовного партнера, — формируется защитный фильтр, делающий представления более закрытыми от внешних неблагоприятных воздействий. Показатели информационно-оценочного компонента представлений о своем теле достаточно высоки в юности, однако на высоком уровне находится и недовольство телом, значительная часть девушек опираются на внешние стандарты в оценке привлекательности. Таким образом, представления девушек о своем теле можно назвать амбивалентными: положительная оценка и одновременно значительная тревога по поводу веса. Наши результаты согласуются с данными зарубежных исследований о распространении недовольства внешностью и телом среди молодых девушек и женщин. Для изменения тела девушки готовы прибегать к стратегиям, которые опираются на стереотип «тело как проект», сидеть на жестких диетах, ежедневно заниматься в спортивном зале и обращаться за помощью к пластическим хирургам.

Технология личностного тренинга подтвердила свою эффективность в решении задачи по формированию у девушек позитивных представлений о своем теле. При этом личностный тренинг должен быть направлен как на снижение обеспокоенности весом и формами, так и на расширение интернализированных стереотипов относительно тела и повышение ценностного отношения к нему, переориентацию со стратегий контроля и изменения тела на стратегии заботы о нем.

Выводы

1. Представления о своем теле у девушек в период юности являются амбивалентными — с одной стороны, они включают положительную оценку тела (информационно-оценочный компонент), с другой стороны — высокую обеспокоенность формами тела и весом (энергетический компонент).

2. Личностный тренинг с использованием методов телесно-ориентированной терапии и арт-терапии способствует формированию позитивных представлений девушек о своем теле: расширению интернализированных стереотипов, переориентации со стратегий контроля и изменения тела на стратегии заботы о теле и повышению ценностного отношения к телу.

Благодарности

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ. Исследование проводится при поддержке РФФИ, проект 17-36-00016-ОГН.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белогай К.Н., Морозова И.С.* Психология телесности: проблемы становления, направления исследований, технологии психологической помощи: учеб. пособие: CD-ROM. Кемерово: КемГУ, 2018.
2. *Белугина Е.В.* Отношение к своему внешнему облику в период середины жизни: дисс. ... канд. психол. наук. Ростов на Дону, 2003. 199 с.
3. *Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А.* Репрезентация телесного Я при нарушении пищевого поведения // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 118—128. doi:10.17759/exppsy.2015080311
4. *Келина М.Ю., Маренова Е.В., Мешкова Т.А.* Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. 2011. № 5. С. 44—51.
5. *Лафи С.Г.* Психологические аспекты ожоговой травмы. Омск: Изд-во ОмГМА, 2014. 178 с.
6. *Леви Т.С.* Психология телесности в ракурсе личного развития [Электронный ресурс]. URL: http://telesnost.ru/omega/psihologiya/psihologiya_telesnosti_vrakurse_lichnogo_razvitiya.htm (дата обращения: 4.05.19).
7. *Линде Н.Д.* Эмоционально-образная терапия (теория и практика). М.: МосГУ, 2014. 153 с.
8. *Морозова И.С., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В., и др.* Регуляция репродуктивного поведения и репродуктивное здоровье. М.: ЛЕНАНД, 2015. 240 с.
9. *Amianto F., Northoff G., Abbate Daga G., et al.* Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906654/> (дата обращения: 20.03.2019). doi:10.3389/fpsyg.2016.00849
10. *Anderson B.L., LeGrand J.* Body image for women: conceptualization, assessment and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness // *The Journal of Sex*. 1991. Vol. 28. P. 457—477. doi:10.1080/00224499109551619
11. *Anderson-Fye E.A.* «Coca-cola» shape: Cultural change, body image, and eating disorders in San Andrés, Belize // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2004. Vol. 28 (4). P. 561—595. doi:10.1007/s11013-004-1068-4
12. *Basson R.* Women's sexual desire — disordered or misunderstood? // *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002. Vol. 28 (3). P. 17—28. doi:10.1080/00224499109551619
13. *Bearman S.K., Martinez E., Stice E.* The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys // *Journal of Youth Adolescence*. 2006. Vol. 35 (2). P. 217—229. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
14. *Brechan I., Kvaleem I.L.* Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression // *Eating Behaviors*. 2015. Vol. 17. P. 49—58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008

15. *Brotto L.A., Heiman J.R., Tolman D.L.* Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties // *The Journal of Sex Research.* 2009. Vol 46 (5). P. 387—398. doi:10.1080/00224490902792624
16. *Carey R.N., Donaghue N., Broderick P.* Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers // *Body Image.* 2014. Vol. 11 (1). P. 81—84. doi:10.1016/j.bodyim.2013.09.006
17. *Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., et al.* The development and validation of the Body Shape Questionnaire // *International Journal of Eating Disorders.* 1986. Vol. 6. P. 485—490. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O
18. *Dion J., Blackburn M.-E., Auclair J., et al.* Development and etiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls // *International Journal of Adolescence and Youth.* 2015. Vol. 20 (2). P. 151—166. doi:10.1080/02673843.2014.985320
19. *Dohnt H., Tiggemann M.* The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study // *Developmental Psychology.* 2006. Vol. 42 (5). P. 929—936. doi:10.1037/0012-1649.42.5.929
20. *Fredrickson B.L., Roberts T.A.* Objectification theory // *Psychology of Women Quarterly.* 1997. Vol. 21 (2). P. 173—206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
21. *Grabe S., Ward L.M., Hyde J.S.* The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies // *Psychological Bulletin.* 2008. Vol. 134 (3). P. 460—476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
22. *Herbozo S., Stevens S.D., Moldovan C.P., et al.* Positive comments, negative outcomes? The potential downsides of appearance-related commentary in ethnically diverse women // *Body Image.* 2017. Vol. 21. P. 6—14. doi:10.1016/j.bodyim.2017.01.008
23. *Herbozo S., Thompson J.K.* Development and validation of the verbal commentary on physical appearance scale: Considering both positive and negative commentary // *Body Image.* 2006. Vol. 3 (4). P. 335—344. doi:10.1016/j.bodyim.2006.10.001
24. *Meland E., Haugland S., Breidablik H.* Body image and perceived health in adolescence // *Health Education Research.* 2007. Vol. 22 (3). P. 342—350. doi:10.1093/her/cyl085
25. *Murnen S.K., Don B.P.* Body image and gender roles // *Encyclopedia of body image and human appearance* / T.F. Cash (ed.). London: Elsevier, 2012. P. 128—134.
26. *Neumark-Sztainer D., Butler R., Palti H.* Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program // *Journal of Nutritional Education.* 1995. Vol. 27 (1). P. 24—31. doi:10.1016/S0022-3182(12)80262-7
27. *O’Dea J.A.* Body image and self-esteem // *Encyclopedia of body image and human appearance* / T.F. Cash (ed.). London: Elsevier, 2012. P. 141—147.
28. *Quinn-Nilas C.M.A., Benson L., Milhausen R. R., et al.* The Relationship Between Body Image and Domains of Sexual Functioning Among Heterosexual Emerging Adult Women // *Sexual Medicine.* 2016. Vol. 4 (3). P. e182—e189. doi:10.1016/j.esxm.2016.02.004
29. *Rauof M., Ebrahimi H., Asghari Jafarabadi M., et al.* Prevalence of Eating Disorders Among Adolescents in the Northwest of Iran [Электронный ресурс] // *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2015. Vol. 17 (10). URL: <https://ircmj.com/en/articles/16360.html> (дата обращения: 17.03.19). doi:10.5812/ircmj.19331

30. *Satinsky S., Dennis B., Reece M., et al.* My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size // Culture, Health & Sexuality. 2013. Vol. 15 (6). P. 710—725. doi:10.1080/13691058.2013.783236
31. *Smith S.L., Choueti M., Prescott A., et al.* Gender roles and occupations: A look at character attributes and job-related aspirations in film and television [Электронный ресурс]. URL: <https://seejane.org/wp-content/uploads/full-study-gender-roles-and-occupations-v2.pdf> (дата обращения: 16.04.2019).
32. *Stewart D.A., Carter J.C., Drinkwater J., et al.* Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study // International Journal of Eating Disorders. 2001. Vol. 29 (2). P. 107—118. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C107::AID-EAT1000%3E3.0.CO;2-1
33. *Stice E., Shaw H., Burton E., et al.* Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74 (2). P. 263—275. doi:10.1037/0022-006X.74.2.26
34. *Stice E., Shaw H., Marti C.N.* A Meta-Analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work // Psychological Bulletin. 2006. Vol. 132 (5). P. 667—691. doi:10.1037/0033-2909.132.5.667
35. *Sundgot-Borgen C., Bratland-Sanda S., Engen K.M.E., et al.* The Norwegian healthy body image programme: study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students [Электронный ресурс] // BMC Psychology. 2018. Vol. 6 (1). URL: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0221-8> (дата обращения: 20.02.2019). doi:10.1186/s40359-018-0221-8
36. *Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L.* What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition // Body Image. 2015. Vol. 14 (C). P. 118—129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001

DEVELOPING A POSITIVE BODY IMAGE IN YOUNG WOMEN BY THE MEANS OF TRAINING TECHNOLOGIES

K.N. BELOGAI*,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,
belogi@mail.ru

For citation:

Belogai K.N., Morozova I.S., Kagan E.S., Gubanova M.I., Borisenko Y.V. Developing a Positive Body Image in Young Women by the Means of Training Technologies. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 9—28. doi: 10.17759/cpp.2019270402. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Belogai Kseniya Nikolaevna*, Ph.D., Associate Professor, Department of Acmeology and Developmental Psychology, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, e-mail: belogi@mail.ru

I.S. MOROZOVA**,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,
ishmorozova@ya.ru

E.S. KAGAN***,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,
kaganes@mail.ru

M.I. GUBANOVA****,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,
m.gubanova32@mail.ru

Y.V. BORISENKO*****,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia,
evseenkova@mail.ru

The paper presents the analysis of the positive body image formation among young women, characterizes determinants of female body image and describes the results of an experimental study. The purpose of the study was to test the possibility of developing a positive body image by the means of psychological training. The study involved women aged 18–20 (N=64). The methods included questionnaires and interviews. The results show that the body image of young women was associated with unrealistic external standards, and there is a certain ambivalence to them. On the one hand, the indicators of the component of the body image which included information and evaluation are quite high in youth, but body dissatisfaction is also high and a significant part of the girls rely on external standards in assessing attractiveness. In the course of the formative experiment, it was found that the development of positive body image is promoted by personal psychological training aimed at reducing weight and body shape concerns, expanding internalized stereotypes about the body and increasing the body's worthiness (differences in the body image components before and after training are significant at $p \leq 0.05$).

Keywords: body image, positive body image, body image dissatisfaction, youth, psychological training, girls.

** *Morozova Irina Stanislavovna*, Doctor in Psychology, Director of the Institute of Education, Head of the Department of Acmeology and Developmental Psychology, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, e-mail: ishmorozova@ya.ru

*** *Kagan Elena Sergeevna*, Ph.D. (Technology), Head of the Department of Applied Mathematics, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, e-mail: kaganes@mail.ru

**** *Gubanova Margarita Ivanovna*, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Department of Pedagogical Sciences, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia. e-mail: m.gubanova32@mail.ru

***** *Borisenko Yuliya Vyacheslavovna*, Ph.D., Associate Professor, Department of Acmeology and Developmental Psychology, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, e-mail: evseenkova@mail.ru

Acknowledgements

This work was supported by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), Grant 17-36-00016.

REFERENCES

1. Belogai K.N., Morozova I.S. Psikhologiya telesnosti: problemy stanovleniya, napravleniya issledovaniy, tekhnologii psikhologicheskoi pomoshchi: uchebnoe posobie [Psychology of corporeality: problems of formation, directions of research, technology of psychological help: CD-ROM. Kemerovo: KemGU, 2018.
2. Belugina E.V. Otnoshenie k svoemu vneshnemu obliku v period serediny zhizni: diss. ... kand. psikhol. nauk. [Attitude to one's appearance in middle-life. Ph. D. (Psychology) diss.]. Rostov-on-Don, 2003. 199 p.
3. Kamenetskaya E.V., Rebeko T.A. Rerezentatsiya telesnogo Ya pri narushenii pishchevogo povedeniya [Representation of body image in eating disorders]. *Ekspierimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2015. Vol. 8 (3), pp. 118—128. doi:10.17759/exppsy.2015080311 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Kelina M.Yu., Marenova E.V., Meshkova T.A. Neudovletvorennost' telom i vliyanie roditel'ei i sverstnikov kak faktory riska narushenii pishchevogo povedeniya sredi devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Body dissatisfaction and influence of parents and peers as risk factors for eating disorders among girls of adolescent and young age]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2011, no. 5, pp. 44—51. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Lafi S.G. Psikhologicheskie aspekty ozhogovoi travmy [Psychological aspects of burn injury]. Omsk: OmGMA Publ., 2014. 178 p.
6. Levi T.S. Psikhologiya telesnosti v rakurse lichnogo razvitiya [Elektronnyi resurs]. Available at: http://telesnost.ru/omega/psihologiya/psihologiya_telosnosti_vrakurse_lichnogo_razvitiya.htm (Accessed 4.05.19).
7. Linde N.D. Emotsional'no-obraznaya terapiya (teoriya i praktika) [Emotional and imaginative therapy (theory and practice)]. Moscow: MosGU, 2014. 153 p.
8. Morozova I.S., Belogai K.N., Borisenko Yu.V., et al. Regulyatsiya reproduktivnogo povedeniya i reproduktivnoe zdorov'e [Regulation of Reproductive Behavior and Reproductive Health]. Moscow: LENAND, 2015. 240 p.
9. Amianto F., Northoff G., Abbate Daga G., et al. Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2016. Vol. 7. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906654/> (Accessed 20.03.2019). doi:10.3389/fpsyg.2016.00849
10. Anderson B.L., LeGrand J. Body image for women: conceptualization, assessment and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The Journal of Sex*, 1991. Vol. 28, pp. 457—477. doi:10.1080/00224499109551619
11. Anderson-Fye E.A. "Coca-cola" shape: Cultural change, body image, and eating disorders in San Andrés, Belize. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2004. Vol. 28 (4), pp. 561—595. doi:10.1007/s11013-004-1068-4
12. Basson R. Women's sexual desire — disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002. Vol. 28 (3), pp. 17—28. doi:10.1080/00224499109551619
13. Bearman S.K., Martinez E., Stice E. The skinny on body dissatisfaction:

- A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth Adolescence*, 2006. Vol. 35 (2), pp. 217—229. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
14. Brechan I., Kvalem I.L. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 2015. Vol. 17, pp. 49—58. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.12.008
 15. Brotto L.A., Heiman J.R., Tolman D.L. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *The Journal of Sex Research*, 2009. Vol 46 (5), pp. 387—398. doi:10.1080/00224490902792624
 16. Carey R.N., Donaghue N., Broderick P. Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers. *Body Image*, 2014. Vol. 11 (1), pp. 81—84. doi:10.1016/j.bodyim.2013.09.006
 17. Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 1986. Vol. 6, pp. 485—490. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O
 18. Dion J., Blackburn M.-E., Auclair J., et al. Development and etiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 2015. Vol. 20 (2), pp. 151—166. doi:10.1080/02673843.2014.985320
 19. Dohnt H., Tiggemann M. The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 2006. Vol. 42 (5), pp. 929—936. doi:10.1037/0012-1649.42.5.929
 20. Fredrickson B.L., Roberts T.A. Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 1997. Vol. 21 (2), pp. 173—206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
 21. Grabe S., Ward L.M., Hyde J.S. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 2008. Vol. 134 (3), pp. 460—476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
 22. Herbozo S., Stevens S.D., Moldovan C.P., et al. Positive comments, negative outcomes? The potential downsides of appearance-related commentary in ethnically diverse women. *Body Image*, 2017. Vol. 21, pp. 6—14. doi:10.1016/j.bodyim.2017.01.008
 23. Herbozo S., Thompson J.K. Development and validation of the verbal commentary on physical appearance scale: Considering both positive and negative commentary. *Body Image*, 2006. Vol. 3 (4), pp. 335—344. doi:10.1016/j.bodyim.2006.10.001
 24. Meland E., Haugland S., Breidablik H. Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 2007. Vol. 22 (3), pp. 342—350. doi:10.1093/her/cyl085
 25. Murnen S.K., Don B.P. Body image and gender roles. In Cash T.F. (ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance*. London: Elsevier, 2012, pp. 128—134.
 26. Neumark-Sztainer D., Butler R., Palti H. Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education*, 1995. Vol. 27 (1), pp. 24—31. doi:10.1016/S0022-3182(12)80262-7
 27. O’Dea J.A. Body image and self-esteem. In Cash T.F. (ed.). *Encyclopedia of body image and human appearance*. London: Elsevier, 2012, pp. 141—147.
 28. Quinn-Nilas C.M.A., Benson L., Milhausen R. R., et al. The Relationship Between

- Body Image and Domains of Sexual Functioning Among Heterosexual Emerging Adult Women. *Sexual Medicine*, 2016. Vol. 4 (3), pp. e182—e189. doi:10.1016/j.esxm.2016.02.004
29. Rauof M., Ebrahimi H., Asghari Jafarabadi M., et al. Prevalence of Eating Disorders Among Adolescents in the Northwest of Iran [Elektronnyi resurs]. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2015. Vol. 17 (10). Available at: <https://ircmj.com/en/articles/16360.html> (Accessed 17.03.19). doi:10.5812/ircmj.19331
 30. Satinsky S., Dennis B., Reece M., et al. My 'Fat Girl Complex': a preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. *Culture, Health & Sexuality*, 2013. Vol. 15 (6), pp. 710—725. doi:10.1080/13691058.2013.783236
 31. Smith S.L., Choueti M., Prescott A., et al. Gender roles and occupations: A look at character attributes and job-related aspirations in film and television [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://seejane.org/wp-content/uploads/full-study-gender-roles-and-occupations-v2.pdf> (Accessed 16.04.2019).
 32. Stewart D.A., Carter J.C., Drinkwater J., et al. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 2001. Vol. 29 (2), pp. 107—118. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C107::AID-EAT1000%3E3.0.CO;2-1
 33. Stice E., Shaw H., Burton E., et al. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006. Vol. 74 (2), pp. 263—275. doi:10.1037/0022-006X.74.2.26
 34. Stice E., Shaw H., Marti C.N. A Meta-Analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 2006. Vol. 132 (5), pp. 667—691. doi:10.1037/0033-2909.132.5.667
 35. Sundgot-Borgen C., Bratland-Sanda S., Engen K.M.E., et al. The Norwegian healthy body image programme: study protocol for a randomized controlled school-based intervention to promote positive body image and prevent disordered eating among Norwegian high school students [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychology*, 2018. Vol. 6 (1). Available at: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0221-8> (Accessed 20.02.2019). doi:10.1186/s40359-018-0221-8
 36. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 2015. Vol. 14 (C), pp. 118—129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001

СЕМЕЙНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

В.Е. ВАСИЛЕНКО*,
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия,
v.vasilenko@spbu.ru

Н.А. СЕРГУНИЧЕВА**,
АНО «Центр социальной реабилитации и речевого
развития “Иначе”», Санкт-Петербург, Россия,
sergunicheva.n@gmail.com

Исследовались семейные факторы интерперсональной эмоциональной компетентности старших дошкольников, включающей 3 компонента: идентификацию эмоций, эмпатию и экспрессию. Выборка: 80 диад мать—ребенок, 38 мальчиков и 42 девочки 5—6 лет из Санкт-Петербурга. Выявлено, что более зрелые стилевые характеристики воспитания (достаточность требований-обязанностей при невысокой степени запретов и санкций, отсутствие инфанти-

Для цитаты:

Василенко В.Е., Сергуничева Н.А. Семейные предикторы интерперсональной эмоциональной компетентности старших дошкольников // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 29—48. doi: 10.17759/cpp.2019270403

* *Василенко Виктория Евгеньевна*, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, e-mail: v.vasilenko@spbu.ru

** *Сергуничева Надежда Александровна*, психолог, Автономная некоммерческая организация «Центр социальной реабилитации и речевого развития “Иначе”», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: sergunicheva.n@gmail.com

лизации ребенка), позитивные чувства и эмоции при взаимодействии, умение матери воздействовать на состояние ребенка и реальная семейная сплоченность оказывают позитивное влияние на развитие интерперсональной эмоциональной компетентности дошкольников. В то же время обнаружены компенсаторные механизмы: параметры эмоциональной идентификации и экспрессия могут развиваться лучше в случае, когда мать дает меньшую обратную связь ребенку (хуже понимает причины его состояний, не так явно проявляет свои родительские чувства, меньше принимает роль родителя).

Ключевые слова: старшие дошкольники, интерперсональная эмоциональная компетентность, идентификация эмоций, эмпатия, экспрессия, стилевые характеристики воспитания, эмоциональное взаимодействие матерей с детьми, интегральные характеристики семейного функционирования.

Старший дошкольный возраст — сензитивный период, как для индивидуализации, так и для социализации эмоциональной сферы, для формирования эмоциональной компетентности как целостного образования.

Изменения когнитивного компонента эмоционального развития связаны с ростом осведомленности детей о причинах эмоций и чувств, способах их выражения [8], более точной и детализированной идентификацией эмоций [2; 10; 11; 13; 22], снижением амбивалентности и инверсий [15], появлением эмоциональной рефлексии [11], усложнением модели психического [16].

Что касается аффективной составляющей, то стоит отметить развитие эмпатии, как в ситуации прогнозирования [4], так и в реальных ситуациях взаимодействия со сверстниками [19]; расширение объектов эмпатии и форм ее проявления [8]; формирование социальных эмоций [10]. К проблемным зонам старших дошкольников можно отнести выраженность тревожности и страхов [17].

Основные новообразования в реактивном компоненте заключаются в развитии новых способов саморегуляции, последовательной активизации всех ее механизмов [8]. Важны осознание возможности самоконтроля [11], снижение интенсивности эмоциональных проявлений и стандартизация/социализация эмоциональных реакций [9]. В контексте роста саморегуляции и осваивания «языка чувств» отмечается становление эмоциональной экспрессии у дошкольников [10].

К интегративным направлениям анализа эмоциональной сферы относятся исследование проблемы эмоционального неблагополучия, а также создание конструкторов психоэмоционального благополучия, эмоционального интеллекта и эмоциональной компетентности у детей. Последние два понятия стали разрабатываться в 1990-е гг., изначально

для взрослых, при этом интеллект подразумевает скорее аспект способностей, в то время как компетентность — наличный уровень овладения этими способностями, навыки. Так, конструкт эмоциональной компетентности (далее — ЭК) как демонстрации самоэффективности в социальных ситуациях, вызывающих эмоции, был введен Кэролайн Саарни (С. Saarni) [28].

В современных зарубежных исследованиях [21; 25] модель ЭК начинает применяться к детям. При этом исследуются 3 основных компонента: распознавание эмоций, эмоциональная экспрессия и эмоциональная саморегуляция.

В своем исследовании мы опирались на отечественную модель ЭК дошкольников, предложенную Н.Н. Смирновой и С.С. Савеньшевой [18]. ЭК рассматривается как совокупность навыков, имеющих ключевое значение для психоэмоционального благополучия ребенка и его социальной адаптации.

В последней модификации модель имеет 2 измерения. Первое связано с направленностью — на других (интерперсональная) или на себя (интраперсональная). Второе включает 3 блока: когнитивный, аффективно-личностный и поведенческий. В результате получается 6 компонентов.

Интерперсональная направленность:

- 1) идентификация эмоций (когнитивный блок);
- 2) эмпатия (аффективно-личностный блок);
- 3) эмоциональная экспрессия (поведенческий блок).

Интраперсональная направленность:

- 1) эмоциональная рефлексия (когнитивный блок);
- 2) умеренная тревожность (аффективно-личностный блок);
- 3) эмоциональная саморегуляция (поведенческий блок).

Изучение ЭК как комплексного образования у детей затруднено выраженной неравномерностью и гетерохронностью в развитии ее компонентов и, соответственно, невысокой интегрированностью структуры [3; 7; 25]. Специфичным для старших дошкольников являются также тесные взаимосвязи компонентов ЭК с тревожностью, причем не только отрицательные, но и положительные [3]. В связи с этими данными тревожность можно рассматривать не как маркер ЭК, а как ее компонент (эти данные учтены в последней модификации модели Н.Н. Смирновой и С.С. Савеньшевой, представленной выше).

К настоящему времени существует небольшое количество исследований влияния семейных факторов на ЭК дошкольников как комплексное образование. Так, в исследовании Скотта Мирабиле (S.P. Mirabile) выявлены связи понимания эмоций детьми и эмоциональной выразительности родителей, эмоциональной саморегуляции детей и социализации эмоций у родителей [25].

Отдельный интерес представляет комплексное исследование семейных факторов эмоционального развития дошкольников Н.А. Довгой, где обнаружены как прямые взаимосвязи, так и компенсаторные механизмы. Так, отмечается замедленное развитие рефлексивного компонента эмоциональной сферы и, наоборот, ускоренное формирование перцептивного и когнитивного компонентов при тревожности, эмоциональной отстраненности матери, ее непоследовательности в воспитании и доминирующей гиперпротекции [7].

В ряде исследований получены данные по отдельным компонентам ЭК. Так, в когнитивном блоке обнаружены прямые связи успешности эмоциональной идентификации у детей с благополучием в семейном взаимодействии [27], с экспрессивностью матерей [23]. В то же время в исследованиях эмоциональной идентификации выявляются и компенсаторные механизмы. Так, распознавание эмоций старшими дошкольниками лучше при восприятии семейной ситуации как проблемной [13]. В ряде исследований было выявлено, что дети, растущие с менее экспрессивными родителями, лучше учатся распознавать эмоции, поскольку им приходится затрачивать больше усилий на этот процесс [11]. Эти факты расходятся с данными Кимберли Итон (*K.L. Eaton*), показывая возможности компенсации [23].

Относительно аффективно-личностного и поведенческого блоков данные более однозначны. Так, С.Н. Сорокоумовой выявлено, что эмпатия к сверстникам у старших дошкольников формируется через безусловное принятие ребенка, развитие способности родителей воспринимать его состояние и ориентироваться на него при взаимодействии, оказывать ребенку эмоциональную поддержку [19]. Факторами повышения тревожности являются эмоциональная дистанция родителей с ребенком, гиперопека, непоследовательность в воспитании, конфронтация взрослых по поводу воспитания, их излишняя строгость [5; 17].

В ряде зарубежных исследований выявлено позитивное влияние благополучного семейного контекста на эмоциональную саморегуляцию дошкольников [26], а метаанализ 58 исследований детей и подростков подтвердил влияние негативного или игнорирующего отношения родителей к ребенку на ее нарушения [24].

Итак, обзор исследований показывает, что развитие интерперсональной ЭК старших дошкольников заключается в более точном и детализированном распознавании эмоций других детей и взрослых, что, в свою очередь, создает когнитивную базу для развития эмпатии. Параллельно дети учатся более выразительной передаче своих эмоций и чувств. Проведенный анализ свидетельствует об актуальности исследования семейных факторов формирования ЭК у дошкольников как целостного образования и уточнения роли компенсаторных механизмов в этом

процессе, особенно в когнитивном блоке. Практическая значимость обусловлена тем, что дети с несформированными навыками распознавания эмоций и сниженной эмпатией испытывают трудности в социальных взаимодействиях, провоцируют конфликтные ситуации. Низкая ЭК может привести к замкнутости, тревожности, актуализации страхов, агрессии. Повышение эффективности взаимодействия родителей и детей может повлиять на формирование ЭК у дошкольников и снижение их поведенческих проблем.

Предварительные данные показали множество корреляций компонентов интерперсональной ЭК с характеристиками семейного взаимодействия [17], в связи с этим нами была поставлена основная **цель исследования** — выявление семейных предикторов интерперсональной ЭК старших дошкольников.

Гипотезы исследования.

1. Предикторами сформированности интерперсональной ЭК у старших дошкольников могут выступать более зрелые стилевые характеристики воспитания (связанные прежде всего с оптимальным уровнем протекции), а также параметры благополучия в эмоциональном взаимодействии матерей с детьми и семейном функционировании.

2. В то же время в формировании интерперсональной ЭК, прежде всего, ее когнитивного блока возможны компенсаторные механизмы.

Метод

Выборка. Исследование проводилось в 2017—2018 гг. на базах ГБДОУ № 120 и ГАДОУ № 53 г. Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 80 диад мать—ребенок (38 мальчиков и 42 девочки), возраст детей — от 5 до 6 лет, средний возраст — 5 лет 4 мес., 67 детей (84%) — из полных семей, 13 детей (16%) из неполных семей. 27 детей (34%) — единственные в семье и 53 ребенка (66%) — имеют сиблингов. 80% матерей имеют высшее образование. Возраст матерей — от 24 до 58 лет, средний возраст — 35 лет.

Методики. Для изучения интерперсональной ЭК дошкольников использовались методика «Эмоциональная идентификация» Е.И. Изотовой [10], методика «Неоконченные рассказы» Т.П. Гавриловой (для изучения эмпатии) [20], анкета-опросник для родителей «Представления родителей об эмоциональных особенностях ребенка» Е.И. Изотовой (для изучения эмоциональной экспрессии, сумма баллов по 11 и 12 вопросам) [10].

По показателям этих методик мы определяли уровни сформированности трех компонентов ЭК (идентификация эмоций, эмпатия и экспрессия) и сводили их в интегративный показатель — уровень сформированности интерперсональной ЭК: 1 — низкий, 2 — средний и 3 — высокий.

Для изучения семейного взаимодействия применялись опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса для родителей детей в возрасте 3—10 лет, опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой, шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-III) Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави в адаптации Э.Г. Эйдемиллера и тест на удовлетворенность браком Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана и Е.М. Дубовской [12].

Математическая обработка данных осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 21: описательная статистика, дисперсионный анализ по факторам пола, структуры семьи (полная/неполная, наличие сиблингов) и множественный регрессионный анализ.

Результаты

Проведенное исследование выявило разный уровень сформированности компонентов интерперсональной ЭК у дошкольников нашей выборки (табл. 1).

Таблица 1
Показатели интерперсональной эмоциональной компетентности старших дошкольников

Параметры интерперсональной эмоциональной компетентности	Вся выборка (n=80)		Мальчики (n=38)		Девочки (n=42)		Значимость различий по полу	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Общий показатель эмоциональной идентификации	6,75	0,96	6,61	1,00	6,88	0,92	-	-
Гуманистический тип эмпатии	1,66	0,97	1,61	1,00	1,72	0,95	-	-
Эмоциональная экспрессия	5,73	0,59	5,63	0,67	5,81	0,51	-	-
Уровень сформированности интерперсональной эмоциональной компетентности	2,15	0,64	1,97	0,68	2,31	0,56	5,86	0,018

Примечание: M — средние значения; SD — стандартные отклонения; F — F-критерий по дисперсионному анализу.

Как видно из табл. 1, эмоциональная экспрессия соответствует высокому уровню, общий показатель эмоциональной идентификации —

уровню выше среднего, а гуманистический тип эмпатии — среднему уровню. Интегративный показатель находится на среднем уровне.

Что касается отдельных показателей эмоциональной идентификации, то идентификация эмоций по схематичным картинкам сформирована на относительно высоком уровне, в то время как по фотографиям — на среднем. Понимание маркеров эмоциональной экспрессии также находится на среднем уровне (рис. 1).

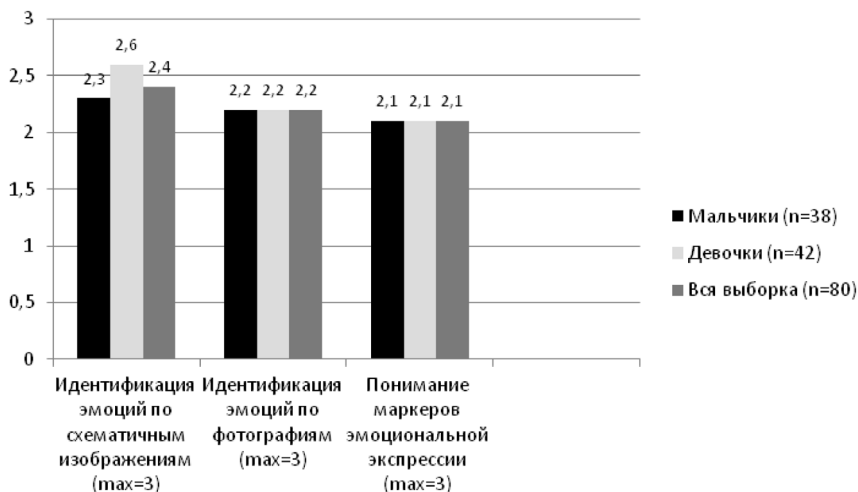


Рис. 1. Показатели эмоциональной идентификации по методике Е.И. Изотовой

Дисперсионный анализ не выявил влияния структурных характеристик семьи ни на интегративный показатель, ни на отдельные показатели интерперсональной ЭК. Влияние пола ребенка проявилось в том, что у девочек выше интегративный показатель интерперсональной ЭК ($p < 0,05$).

Анализ индивидуальных интегративных показателей интерперсональной ЭК выявил, что она сформирована на высоком уровне у 23 детей (29%), на среднем — у 46 детей (58%) и на низком — у 11 детей (14%).

Перейдем к характеристикам семейного взаимодействия. Показатели стилевых характеристик воспитания, как и особенностей эмоционального взаимодействия матерей с детьми на общей выборке близки к среднему уровню и не достигают критических значений.

В табл. 2 представлены данные по тем параметрам, которые иллюстрируют некоторые проблемные зоны взаимодействия матерей с детьми.

Таблица 2

Показатели семейного взаимодействия, по которым отмечаются критические значения (более чем у 5% матерей)

Параметры семейного взаимодействия	M	SD	Max	Crit	% по выборке
<i>Опросник АСВ</i>					
<i>Стилевые характеристики воспитания</i>					
Минимальность санкций	2,95	1,34	5	4	40
Гиперпротекция	4,48	2,27	10	7	20
Недостаточность требований-обязанностей	2,10	1,44	5	4	17
Недостаточность требований-запретов	1,66	0,99	5	3	15
Чрезмерность требований-запретов	1,36	1,25	5	4	5
<i>Психологические особенности матерей, влияющие на воспитание</i>					
Предпочтение женских качеств	1,91	1,75	5	4	22
Воспитательная неуверенность	2,64	1,27	5	5	8
<i>Опросник ОДРЭВ</i>					
Способность воспринимать состояние ребенка	4,25	0,68	5	3,7	25
Умение воздействовать на состояние ребенка	3,69	0,74	5	3,2	24
Эмпатия	3,22	0,66	5	2,8	21
Понимание причин состояния	3,78	0,64	5	3,2	16
Позитивный эмоциональный фон взаимодействия	3,64	0,71	5	3,0	16
Принятие родительской роли / отношение к себе как к родителю	3,99	0,76	5	3,1	14
Ориентация на состояние ребенка при взаимодействии	2,85	0,59	5	2,3	14
Стремление к телесному контакту	4,21	0,64	5	3,3	13
Позитивные чувства матери при взаимодействии с ребенком	4,16	0,59	5	3,3	9

Примечание: M — средние значения; SD — стандартные отклонения; Max — максимальные возможные значения; Crit — критические значения; % по выборке — частота критических значений.

Как видно из табл. 2, наиболее часто встречающимися отклоняющимися стилевыми характеристиками воспитания у матерей являются «минимальность санкций» (40%), «гиперпротекция» (20%), «недостаточность требований-обязанностей» (17%), «недостаточность требований-запретов» (15%). Это свидетельствует о преобладании такого стиля воспитания, как потворствующая гиперпротекция. Наиболее часто встречающимися психологическими проблемами матерей оказались предпочтение жен-

ских качеств (22%) и воспитательная неуверенность (8%). Основные проблемные зоны в эмоциональном взаимодействии связаны со сниженными показателями способности воспринимать состояние ребенка (у 25% матерей), умения воздействовать на его состояние (24%), эмпатии (21%).

Показатель семейной сплоченности ($M=36,1$ при $\max=50$) указывает на преобладание разделенного типа сплоченности у семей нашей выборки — стремление к некоторой дистанции в отношении при обсуждении семейных проблем, принятии общих решений и поддержке. Показатель семейной адаптации ($M=30,5$ при $\max=50$) находится на границе гибкого (демократичный стиль и управляемость системы) и хаотичного (неустойчивость руководства, импульсивность) типов адаптации. Различие идеальных и реальных показателей позволяет сделать вывод об удовлетворенности матерей семейным функционированием. Удовлетворенность браком у матерей достаточно высока ($M=35,6$ при $\max=48$).

Регрессионный анализ, проведенный на всей выборке, выявил характеристики семейного взаимодействия, которые можно рассматривать в качестве предикторов интерперсональной ЭК у старших дошкольников.

В качестве зависимых переменных выступали уровень сформированности интерперсональной ЭК, а также показатели трех ее компонентов: эмоциональной идентификации (как общего показателя, так и отдельных параметров), эмоциональной экспрессии и эмпатии.

В качестве независимых переменных рассматривались стилевые характеристики воспитания и психологические особенности матерей, связанные с воспитанием; параметры эмоционального взаимодействия матерей с детьми; интегральные характеристики семейного функционирования — семейная адаптация и сплоченность; удовлетворенность матерей браком.

Следует отметить невысокий процент дисперсии — он колеблется от 13 до 32%.

Рассмотрим результаты регрессионного анализа для уровня сформированности интерперсональной ЭК (табл. 3).

Таблица 3

Данные регрессионного анализа для уровня сформированности интерперсональной ЭК

Предикторы	R	R ²	β	t	p
1. Недостаточность требований-обязанностей	0,448	0,201	-0,36	-3,01	0,004
2. Предпочтение детских качеств	-	-	-0,24	-2,06	0,044

Примечание: R — коэффициент множественной корреляции; R² — коэффициент множественной детерминации; β — стандартизованные коэффициенты; p — уровень значимости t-критерия.

Как видно из табл. 3, для уровня сформированности интерперсональной ЭК выявлены два предиктора — она лучше сформирована у дошкольников в случае достаточных требований-обязанностей к ним со стороны матерей и в случае меньшего предпочтения матерями детских качеств в ребенке (меньшей установки на его инфантилизацию).

Далее перейдем к компонентам интерперсональной ЭК. Результаты регрессионного анализа для эмоциональной идентификации (по методике Е.И. Изотовой) представлены в табл. 4.

Таблица 4

Данные регрессионного анализа для моделей с общим показателем эмоциональной идентификации и ее параметров

Предикторы	β	t	p
<i>Модель для общего показателя эмоциональной идентификации</i> ($R=0,417$; $R^2=0,174$)			
1. Недостаточность требований-обязанностей	-0,31	-2,56	0,013
3. Предпочтение детских качеств	-0,26	-2,14	0,036
<i>Модель для показателя эмоциональной идентификации по схематичным изображениям</i> ($R=0,392$; $R^2=0,153$)			
1. Предпочтение детских качеств	-0,30	-2,47	0,017
2. Позитивные чувства матери при взаимодействии с ребенком	0,27	2,24	0,029
<i>Модель для показателя эмоциональной идентификации по фотографиям</i> ($R=0,517$; $R^2=0,267$)			
1. Понимание причин состояния ребенка	-0,42	-3,53	0,001
2. Чрезмерность требований-запретов	-0,38	-3,15	0,003
3. Минимальность санкций	0,29	2,46	0,017
<i>Модель для показателя понимания маркеров эмоциональной экспрессии</i> ($R=0,389$; $R^2=0,151$)			
1. Недостаточность требований-обязанностей	-0,37	-2,87	0,006
2. Незрелость родительских чувств	0,30	2,28	0,030

Примечание: R — коэффициент множественной корреляции; R^2 — коэффициент множественной детерминации; β — стандартизованные коэффициенты; p — уровень значимости t-критерия.

Общий показатель эмоциональной идентификации обусловлен влиянием двух предикторов: дети в целом лучше идентифицируют эмоции в случае меньшей выраженности параметров «недостаточность требований-обязанностей ребенка» и «предпочтение в ребенке детских качеств». Это повторяет результаты для интегративного показателя интерперсональной ЭК.

Для эмоциональной идентификации по схематичным изображениям также выявлено два предиктора: она лучше сформирована у дошкольников при менее выраженном предпочтении матерями детских качеств и при более выраженных позитивных чувствах матерей при взаимодействии с ребенком.

Эмоциональная идентификация по фотографиям обусловлена тремя предикторами. Ее показатель выше при менее высоких показателях понимания матерями причин состояния ребенка и чрезмерности требований-запретов и при более высоких показателях по параметру «Минимальность санкций».

Понимание маркеров эмоциональной экспрессии имеет два предиктора: оно лучше у детей при более высоких требованиях-обязанностях к ним и при более выраженном показателе «неразвитость родительских чувств» у матерей.

Таким образом, данные для отдельных параметров эмоциональной идентификации интересны тем, что в них проявились и компенсаторные механизмы.

Результаты регрессионного анализа для параметра «гуманистический тип эмпатии» (по методике Т.П. Гавриловой) представлены в табл. 5.

Таблица 5
Данные регрессионного анализа для показателя эмпатии

Предикторы	R	R ²	β	t	p
1. Умение воздействовать на состояние ребенка	0,557	0,310	0,56	5,06	0,000

Примечание: R — коэффициент множественной корреляции; R² — коэффициент множественной детерминации; β — стандартизованные коэффициенты; p — уровень значимости t-критерия.

Гуманистический характер эмпатии обусловлен влиянием одного предиктора — умение матери воздействовать на состояние ребенка. Чем лучше развито это умение у матери, тем более сформирована эмпатия у ребенка.

Результаты регрессионного анализа для эмоциональной экспрессии (по анкете Е.И. Изотовой) представлены в табл. 6.

Экспрессия оказалась наиболее обусловлена характеристиками семейного взаимодействия — выявлено 4 предиктора: она лучше развита при более высоких показателях позитивных чувств матери при взаимодействии, реальной семейной сплоченности, позитивном эмоциональном фоне взаимодействия. В то же время выявлена отрицательная взаимосвязь экспрессии и принятия матерями своей родительской роли.

Таблица 6

Данные регрессионного анализа для модели с показателем экспрессии

Предикторы	R	R²	β	t	p
Позитивные чувства матери при взаимодействии с ребенком	0,568	0,322	0,49	2,77	0,008
Принятие родительской роли	-	-	-0,82	-4,15	0,000
Реальная семейная сплоченность	-	-	0,35	2,93	0,005
Позитивный эмоциональный фон взаимодействия	-	-	0,41	2,14	0,037

Примечание: R — коэффициент множественной корреляции; R² — коэффициент множественной детерминации; β — стандартизованные коэффициенты; p — уровень значимости t-критерия.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование показало преобладание среднего уровня интерперсональной ЭК у старших дошкольников (характерен для 58% детей). Когнитивный компонент (эмоциональная идентификация) сформирован в меньшей степени, чем аффективный (эмпатия) и поведенческий (экспрессия), при этом наибольшие сложности выявлены с пониманием детьми маркеров эмоциональной экспрессии. Эти данные согласуются с данными других исследований эмоциональной идентификации [1; 10; 11].

Влияние структурных характеристик семьи на интерперсональную ЭК не выявлено, влияние пола проявилось только для интегрального показателя — ЭК выше у девочек.

Исследование семейного взаимодействия подтвердило современные тенденции — преобладание потворствующей гиперпротекции при высоком эмоциональном принятии детей [5; 6]. Следует отметить, что проявившийся в нашем исследовании комплекс стилевых характеристик воспитания, включающий гиперпротекцию, недостаточность требований-обязанностей, запретов и минимальность санкций является особо выраженным в семьях, имеющих детей с психосоматическими расстройствами и функциональными психосоматическими нарушениями [14]. При этом наблюдается благополучная картина в плане семейной сплоченности, гибкости семейной системы и удовлетворенности матерей браком.

По данным регрессионного анализа, влияние характеристик семейного взаимодействия на интерперсональную ЭК как целостное образование связано с характеристиками потворствующей гиперпротекции. Недостаточность требований-обязанностей к ребенку и предпочтение в нем детских качеств являются предикторами менее сформированной ЭК.

Параметры семейного взаимодействия сильнее всего влияют на поведенческий компонент (экспрессию). При этом в когнитивном и поведенческом блоках наряду с прямыми взаимосвязями благополучия в семейном взаимодействии и сформированности ЭК выявлены и обратные, свидетельствующие о компенсаторных механизмах.

Что касается когнитивного компонента, то эмоциональная идентификация у дошкольников в целом хуже сформирована при недостаточности требований-обязанностей к ребенку и большей выраженности предпочтения в ребенке детских качеств, т. е. гиперопека препятствует формированию когнитивного компонента (что отражается и на интерперсональной ЭК в целом). Компенсаторные механизмы проявились для тех параметров эмоциональной идентификации, которые более сложны для дошкольников. Так, формированию идентификации эмоций по фотографиям способствует менее выраженное умение матерей понимать причины состояния ребенка. Когда матери не так внимательны к состоянию детей, дошкольники учатся лучше распознавать их эмоции с целью адаптации к семейной ситуации. Понимание маркеров эмоциональной экспрессии лучше при более выраженном показателе «неразвитость родительских чувств» у матерей. Учитывая отсутствие критических значений по этому параметру, можно предположить, что некоторая его сниженность в диапазоне средних значений может стимулировать ребенка к лучшему пониманию эмоций, прежде всего — самой матери. Ребенку приходится больше подстраиваться под настроение матери, предугадывать его и тем самым он обучается выделять наиболее яркие маркеры той или иной эмоции.

Для аффективного и поведенческого компонентов ЭК важны параметры эмоционального благополучия во взаимодействии матери с ребенком. Так, эмпатия взаимосвязана со зрелостью поведенческого компонента взаимодействия. Эмоциональная экспрессия наиболее обусловлена семейными предикторами: она лучше развита у дошкольников при позитивных чувствах и эмоциях матери при взаимодействии, при высокой сплоченности семьи. Компенсаторный механизм проявился в том, что экспрессия также лучше развита при меньшем принятии матерями своей родительской роли.

Таким образом, для формирования интерперсональной ЭК у старших дошкольников важны более зрелые стилевые характеристики воспитания (не связанные с гиперпротекцией), благополучие в эмоциональной стороне взаимодействия (позитивные чувства во взаимодействии матери с ребенком, умение воздействовать на его состояние), семейная сплоченность. Эти данные согласуются с данными проведенных ранее и упомянутых выше исследований отдельных параметров эмоционального развития. Так, важность более зрелых стилевых характеристик воспитания и позитивных чувств матери при взаимодействии с ребенком для

формирования эмоциональной идентификации перекликается с данными зарубежных исследований понимания эмоций [27]. Эмоциональная сторона взаимодействия с матерью важна для становления эмпатии, что ярко проявилось и в исследовании С.Н. Сорокоумовой [19].

В то же время следует отметить, что полученные нами данные о негативной роли гиперпротекции для эмоциональной идентификации, на первый взгляд, вступают в противоречие с результатами исследования Н.А. Довгой, где было выявлено лучшее понимание признаков эмоций детьми при факторе «доминирующая гиперпротекция» [7]. Однако там этот фактор проявился для возраста 4 лет, т. е. для младших дошкольников, тогда как в нашем исследовании идет речь о старших дошкольниках, для развития которых требуется большая самостоятельность и ослабление родительского контроля.

Данные о компенсаторных механизмах перекликаются с результатами Е.М. Листик о лучшем распознавании эмоций детьми при восприятии семейной ситуации как проблемной [13].

Что касается эмоциональной экспрессии, то наши данные позволяют посмотреть на ее формирование комплексно. Так, демонстрация позитивных эмоций матерью при взаимодействии с ребенком в целом развивает его экспрессивность. В то же время и ситуация некоторой эмоциональной дистанции матери с ребенком может стимулировать развитие его экспрессии, возможно, для привлечения внимания матери. Это напоминает компенсаторный механизм, который упоминает Э. Халберштадт (*A.G. Halberstadt*) — лучшую идентификацию эмоций у детей при менее экспрессивных родителях [11].

Влияния показателя удовлетворенности матери браком на параметры интерперсональной ЭК не обнаружено.

Выводы

Проведенное исследование выявило влияние содержательных характеристик семьи на интерперсональную ЭК старших дошкольников. В связи со структурными характеристиками (полная/неполная семья и наличие сиблингов) различий не обнаружено.

Выявлены предикторы интерперсональной ЭК дошкольников; при этом проявилось более выраженное влияние особенностей семейного взаимодействия на поведенческий компонент ЭК (экспрессию).

Более зрелые стилевые характеристики воспитания, связанные с оптимальным уровнем протекции (достаточность требований-обязанностей при невысокой степени запретов и санкций, отсутствие инфантилизации ребенка), параметры благополучия в эмоциональном взаимодействии

матерей с детьми (позитивные чувства и эмоции при взаимодействии, умение матери воздействовать на состояние ребенка), а также реальная семейная сплоченность оказывают конструктивное влияние на формирование интерперсональной ЭК у старших дошкольников.

В то же время наряду с прямыми взаимосвязями благополучия в семейном взаимодействии и сформированности ЭК выявлены и обратные, указывающие на компенсаторные механизмы в формировании когнитивного и поведенческого компонентов ЭК. Так, параметры эмоциональной идентификации и экспрессия могут развиваться лучше в случае, когда мать дает меньшую обратную связь ребенку (хуже понимает причины его состояний, не так явно проявляет свои родительские чувства, меньше принимает роль родителя).

Таким образом, гипотезы исследования подтвердились. Для формирования интерперсональной ЭК как целостного образования наиболее важны наличие требований-обязанностей к детям со стороны родителей и меньшее предпочтение детских качеств в ребенке, т. е. менее выраженная потворствующая гиперпротекция.

Ограничения нашего исследования связаны с тем, что по организационным причинам не удалось задействовать отцов. Также в будущем планируется более дифференцированный анализ семейных предикторов с учетом возраста и пола детей.

Благодарности

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ, проект № 18-013-00990.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андерсон М.Н.* Возрастная изменчивость распознавания эмоций детьми от 6 до 11 лет: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 132 с.
2. *Былкина Н.Д., Люсин Д.В.* Развитие представлений детей об эмоциях в онтогенезе // *Вопросы психологии.* 2000. № 5. С. 38—48.
3. *Василенко В.Е., Сергуничева Н.А.* Взаимосвязи компонентов и маркеров эмоциональной компетентности старших дошкольников // *Проблемы современного педагогического образования.* Педагогика и психология. 2018. № 61. С. 348—354.
4. *Васильева Е.Н.* К проблеме возрастной сензитивности в проявлении эмпатии у детей дошкольного возраста // *Вопросы психологии.* 2005. № 3. С. 15—25.
5. *Головей Л.А., Василенко В.Е., Савеньшева С.С.* Структура семьи и семейное воспитание как факторы развития личности дошкольника // *Социальная психология и общество.* 2016. Т. 7. № 2. С. 5—18. doi:10.17759/sps.2016070201
6. *Головей Л.А., Савеньшева С.С., Василенко В.Е.* Детско-родительские отношения в стабильные и кризисные периоды детства // *Психологический журнал.* 2015. Т. 36. № 2. С. 32—43.

7. Довгая Н.А. Эмоциональное развитие дошкольников в связи с особенностями семейной ситуации: дисс....канд. психол. наук. СПб, 2012. 238 с.
8. Изотова Е.И. Динамика эмоционального развития современных дошкольников // Мир психологии. 2015. №1. С. 65—76.
9. Изотова Е.И. Феноменология эмоционального развития современных дошкольников [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 29. С. 8. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 04.06.2019).
10. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика. М.: Издательский центр «Академия», 2004. 288 с.
11. Карелина И.О. Развитие понимания эмоций в период дошкольного детства: психологический ракурс: монография. Прага: Sociosféra-CZ, 2017. 178 с.
12. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 432 с.
13. Листик Е.М. Развитие способности к распознаванию эмоций в старшем дошкольном возрасте: дисс....канд. психол. наук. М., 2003. 175 с.
14. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 70—83.
15. Орехова О.А. Особенности развития эмоциональной сферы у детей дошкольного и школьного возраста: дисс.... канд. психол. наук. СПб., 2007. 199 с.
16. Сергиенко Е.А. Модель психического и теория Ж. Пиаже [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2009. № 1. URL: <http://psystudy.ru/num/2009n1-3/48-sergienko3.html> (дата обращения: 04.06.2019).
17. Сергуничева Н.А., Василенко В.Е. Интерперсональные компоненты и маркеры эмоциональной компетентности дошкольников в связи с характеристиками семейного взаимодействия [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». Педагогика и психология, 2018. Т. 6. № 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/112PSMN618.pdf> (дата обращения: 04.06.2019).
18. Смирнова Н.Н., Савеньшева С.С. Теоретические аспекты исследования эмоциональной компетентности детей дошкольного возраста [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». 2017. Т. 5. № 2 URL: <http://mir-nauki.com/PDF/48PSMN217.pdf> (дата обращения: 04.06.2019).
19. Сорокоумова С.Н. Развитие эмпатии у старших дошкольников с задержкой психического развития к сверстникам через оптимизацию детско-родительских отношений: дисс. ... канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2005. 339 с.
20. Щетницина А.М. Диагностика социального развития ребенка: Учеб.-метод. пособие. Великий Новгород: НовГУ имени Ярослава Мудрого, 2000. 88 с.
21. Denham S.A., Blair K.A., DeMulder E., et al. Preschool emotional competence: Pathway to social competence // Child Development. 2003. Vol. 74 (1). P. 238—256. doi:10.1111/1467-8624.00533
22. Durand K., Gallay M., Seigneuric A., et al. The development of facial emotion recognition: the role of configural information // Journal of Experimental Child Psychology. 2007. Vol. 97 (1). P. 14—27. doi:10.1016/j.jecp.2006.12.001
23. Eaton K.L. Family expressiveness and emotion understanding: A meta-analysis of one aspect of parental emotion socialization. Masters Dissertation. Raleigh, 2001. 53 p.

24. Lavi I., Katz L.F., Ozer E.J., et al. Emotion Reactivity and Regulation in Maltreated Children: A Meta-Analysis // *Child Development*. 2019. Vol. 90 (5). P. 1503—1524. doi:10.1111/cdev.13272
25. Mirabile S.P. Emotion Socialization, Emotional Competence, and Social Competence and Maladjustment in Early Childhood. Doctoral Dissertation (Doctor of Philosophy in Psychology). New Orleans, 2010. 116 p.
26. Morris A.S., Silk J.S., Steinberg L., et al. The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation // *Social Development*. 2007. Vol. 16 (2). P. 361—388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
27. Pollak S.D., Tolley-Schell S.A. Selective attention to facial emotion in physically abused children // *Journal of Abnormal Psychology*. 2003. Vol. 112 (3). P. 323—338. doi:10.1037/0021-843X.112.3.323
28. Saarni C. The Development of Emotional Competence. New York: Guilford Press, 1999. 381 p.

FAMILY PREDICTORS OF OLDER PRESCHOOLERS' INTERPERSONAL EMOTIONAL COMPETENCE

V.E. VASILENKO*,

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia,
v.vasilenko@spbu.ru

N.A. SERGUNICHEVA**,

Autonomous Nonprofit Organization “Center of Social Rehabilitation and Speech Development *Otherwise*”, St. Petersburg, Russia,
sergunicheva.n@gmail.com

We studied family factors of older preschoolers' interpersonal emotional competence, including 3 components: emotional identification, empathy, and expression. Sample: 80 mother-child dyads, 38 boys and 42 girls 5—6-years-old from Saint Petersburg. More mature parenting styles (sufficiency of demands, obligations with a low degree of prohibitions and sanctions, and lack of child infantilization), well-being in the mother-child emotional interaction (positive feelings and emotions in the

For citation:

Vasilenko V.E., Sergunicheva N.A. Family Predictors of Older Preschoolers' Interpersonal Emotional Competence. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 29—48. doi: 10.17759/cpp.2019270403. (In Russ., abstr. in Engl.).

* Vasilenko Victoria Evgenievna, Ph.D., Associate Professor, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, e-mail: v.vasilenko@spbu.ru

** Sergunicheva Nadezhda Aleksandrovna, Psychologist, Autonomous Nonprofit Organization “Center of Social Rehabilitation and Speech Development *Otherwise*”, St. Petersburg, Russia, e-mail: sergunicheva.n@gmail.com

interaction, and the mother's ability to influence to the child state), and actual family cohesion have a positive impact on the development of preschoolers' interpersonal emotional competence. At the same time, compensatory mechanisms in the formation of both the cognitive and affective-behavioral components were found. Thus, the parameters of emotional identification and expression can develop better in the case when the mother gives less feedback to the child (lacks understanding of the causes of the child's state, doesn't show her parental feelings so clearly, and is less acceptive of her maternal role).

Keywords: older preschoolers, interpersonal emotional competence, identification of emotions, empathy, expression, parenting styles, mother-child emotional interaction, integral characteristics of family functioning.

Acknowledgements

This study was supported by the Russian Foundation for Basic Research grant № 18-013-00990.

REFERENCES

1. Anderson M.N. Vozrastnaya izmenchivost' raspoznavaniya emotsii det'mi ot 6 do 11 let. Diss. kand. psikh. nauk. [Age-related variation in the recognition of emotions by children from 6 to 11 years. Ph. D. (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2013. 132 p.
2. Bylkina N.D., Lyusin D.V. Razvitie predstavlenii detei ob emotsiyakh v ontogeneze [Development of children representations of emotions in ontogenesis]. *Voprosy Psikhologii*, 2000, no. 5, pp. 38—48.
3. Vasilenko V.E., Sergunicheva N.A. Vzaimosvyazi komponentov i markerov emotsional'noi kompetentnosti starshikh doshkol'nikov [The relationships between components and markers of older preschooler s emotional competence]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. Pedagogika i psikhologiya [Issues of modern pedagogical education. Pedagogy and psychology]*, 2018, no. 61, pp. 348—354.
4. Vasil'eva E.N. K probleme vozrastnoi senzitivnosti v proyavlenii empatii u detei doshkol'nogo vozrasta [On the issue of age-related sensitivity in the manifestation of empathy in preschool children]. *Voprosy Psikhologii*, 2005, no. 3, pp.15—25.
5. Golovei L.A., Vasilenko V.E., Savenysheva S.S. Struktura sem'i i semeinoe vospitanie kak faktory razvitiya lichnosti doshkol'nika [Family structure and family education as factors for personal development of preschooler]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2016. Vol. 7 (2), pp. 5—18. doi:10.17759/sps.2016070201 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Golovei L.A., Savenysheva S.S., Vasilenko V.E. Detsko-roditel'skie otnosheniya v stabil'nye i krizisnye periody detstva [Parent-child relationships in stable and critical periods of the childhood]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2015. Vol. 36 (2), pp. 32—43.
7. Dovgaya N.A. Emotsional'noe razvitie doshkol'nikov v svyazi s osobennostyami semeinoi situatsii. Diss. kand. psikh. nauk. [The emotional development of preschoolers in connection with the peculiarities of the family situation. Ph. D. (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2012. 238 p.

8. Izotova E.I. Dinamika emotsional'nogo razvitiya sovremennykh doshkol'nikov [The dynamics of the emotional development of modern preschoolers]. *Mir psikhologii* [*World of Psychology*], 2015, no. 1, pp. 65—76.
9. Izotova E.I. Fenomenologiya emotsional'nogo razvitiya sovremennykh doshkol'nikov [The phenomenology of the emotional development of modern preschoolers] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [*Psychological Studies*], 2013. Vol. 6 (29), p. 8. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 04.06.2019).
10. Izotova E.I., Nikiforova E.V. Emotsional'naya sfera rebenka: Teoriya i praktika [The emotional sphere of the child: Theory and practice]. Moscow: Akademiya, 2004. 288 p.
11. Karelina I.O. Razvitie ponimaniya emotsii v period doshkol'nogo detstva: psikhologicheskii rakurs: monografiya [The development of emotion understanding at the preschool childhood: psychological perspective: monograph]. Prague: Sociosféra-CZ, 2017. 178 p.
12. Lidars A.G. Psikhologicheskoe obsledovanie sem'i [The psychological study of family]. Moscow: Akademiya, 2008. 432 p.
13. Listik E.M. Razvitie sposobnosti k raspoznavaniyu emotsii v starshem doshkol'nom vozraste. Diss. kand. psikhol. nauk. [Development of the ability to recognize emotions in older preschool age. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2003. 175 p.
14. Lifintseva A.A., Kholmogorova A.B. Semeinye faktory psikhosomaticeskikh rasstroistv u detei i podrostkov [Family factors of psychosomatic disorders in children and adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2015. Vol. 23 (1), pp. 70—83. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Orekhova O.A. Osobennosti razvitiya emotsional'noi sfery u detei doshkol'nogo i shkol'nogo vozrasta. Diss. kand. psikhol. nauk. [Features of the development of the emotional sphere in children of preschool and school age. Ph. D. (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2007. 199 p.
16. Sergienko E.A. Model' psikhicheskogo i teoriya Zh. Piazhe [Theory of mind and theory of J. Piaget] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [*Psychological Studies*], 2009, no. 1. Available at: <http://psystudy.ru/num/2009n1-3/48-sergienko3.html> (Accessed 04.06.2019).
17. Sergunicheva N.A., Vasilenko V.E. Interpersonal'nye komponenty i markery emotsional'noi kompetentnosti doshkol'nikov v svyazi s kharakteristikami semeinogo vzaimodeistviya [Interpersonal components and markers of preschoolers' emotional competence due to characteristics of family interaction] [Elektronnyi resurs]. *Internet-zhurnal "Mir nauki". Pedagogika i psikhologiya* [*World of Science. Pedagogy and psychology*], 2018. Vol. 6 (6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/112PSMN618.pdf> (Accessed 04.06.2019).
18. Smirnova N.N., Savenysheva S.S. Teoreticheskie aspekty issledovaniya emotsional'noi kompetentnosti detei doshkol'nogo vozrasta [Theoretical aspects of the research of the emotional competence of pre-school-aged children] [Elektronnyi resurs]. *Internet-zhurnal "Mir nauki" [World of Science]*, 2017. Vol. 5 (2). Available at: <http://mir-nauki.com/PDF/48PSMN217.pdf> (Accessed 04.06.2019).
19. Sorokoumova S.N. Razvitie empatii u starshikh doshkol'nikov s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya k sverstnikam cherez optimizatsiyu detsko-roditel'skikh

- otnoshenii. Diss. kand. psikhol. nauk. [The development of empathy to peers in older preschoolers with a mental retardation through the optimization of parent-child relationships. Ph. D. (Psychology) diss.]. Nizhny Novgorod, 2005. 339 p.
20. Shchetinina A.M. Diagnostika sotsial'nogo razvitiya rebenka: Uchebno-metodicheskoe posobie [Diagnosis of the child's social development: a handbook]. Veliky Novgorod: NovGU im. Yaroslava Mudrogo, 2000. 88 p.
 21. Denham S.A., Blair K.A., DeMulder E., et al. Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development*, 2003. Vol. 74 (1), pp. 238—256. doi:10.1111/1467-8624.00533
 22. Durand K., Gallay M., Seigneuric A., et al. The development of facial emotion recognition: the role of configural information. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2007. Vol. 97 (1), pp. 14—27. doi:10.1016/j.jecp.2006.12.001
 23. Eaton K.L. Family expressiveness and emotion understanding: A meta- analysis of one aspect of parental emotion socialization. Masters Dissertation. Raleigh, 2001. 53 p.
 24. Lavi I., Katz L.F., Ozer E.J., et al. Emotion Reactivity and Regulation in Maltreated Children: A Meta-Analysis. *Child Development*, 2019. Vol. 90 (5), pp. 1503—1524. doi:10.1111/cdev.13272
 25. Mirabile S.P. Emotion Socialization, Emotional Competence, and Social Competence and Maladjustment in Early Childhood. Doctoral Dissertation (Doctor of Philosophy in Psychology). New Orleans, 2010. 116 p.
 26. Morris A.S., Silk J.S., Steinberg L., et al. The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 2007. Vol. 16 (2), pp. 361—388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
 27. Pollak S.D., Tolley-Schell S.A. Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003. Vol. 112 (3), pp. 323—338. doi:10.1037/0021-843X.112.3.323
 28. Saarni C. The Development of Emotional Competence. New York: Guilford Press, 1999. 381 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Е.П. КОРАБЛИНА*,
ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.
Kaphedra_pp@mail.ru

Н.Г. ЕРМАКОВА**,
ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия,
nataliya.ermakova@yandex.ru

М.В. КРАСИКОВА***,
ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия,
krasikova.rita@gmail.com

Для цитаты:

Кораблина Е.П., Ермакова Н.Г., Красикова М.В. Психологические предпосылки профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у работников локомотивных бригад с избыточной массой тела // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 49—64. doi: 10.17759/cpp.2019270404

* *Кораблина Елена Павловна*, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии профессиональной деятельности, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: kaphedra_pp@mail.ru

** *Ермакова Наталья Георгиевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

*** *Красикова Маргарита Валентиновна*, аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: krasikova.rita@gmail.com

Исследованы психологические аспекты формирования избыточной массы тела у работников локомотивных бригад с целью определения мер психопрофилактики факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и ожирения. Выборка: обследованы 105 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет. Методы: анкетирование; Нидерландский опросник пищевого поведения (DEBQ); методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера; определение индекса массы тела (ИМТ). Результаты: по ИМТ выделены три группы мужчин: с нормальной, избыточной массой тела и с ожирением. Во всех группах преобладает экстернальный тип пищевого поведения («заедание стресса»). У мужчин с ожирением значимо выше ограничительный тип пищевого поведения и значимо ниже интернальность в семейных отношениях, в области неудач, и общая интернальность, что свидетельствует о трудностях совладания со стрессом. Вывод: у лиц с избыточной массой тела наблюдаются дезадаптивный тип пищевого поведения, низкая интернальность в значимых ситуациях, что может рассматриваться как мишени психопрофилактики при разработке программ психологической помощи.

Ключевые слова: избыточная масса тела, тип пищевого поведения, субъективный локус контроля, мишени психопрофилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди профессионально важных качеств, обеспечивающих эффективность совместной деятельности машиниста и его помощника в психограмме работников локомотивных бригад, выделяют монотонустойчивость и эмоциональную устойчивость [1; 19]. Нормативная выраженность профессионально важных качеств психофизиологического уровня способствует быстрой и адекватной реакции на изменения обстановки, например, реакции торможения-остановки на запрещающий сигнал светофора или препятствие на железнодорожных путях.

Исследования психологических аспектов адаптации к трудным условиям профессиональной деятельности освещаются в научной литературе все чаще [2; 6; 19]. Исследования в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний широко рассматривают влияние стрессогенных факторов среды и особенностей личности на состояние здоровья [18] с целью последующего медицинского вмешательства в оздоровление занятых в профессиональной сфере работников [4]. Практически не описаны возможности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях профессионального медико-психологического сопровождения работников транспортных служб с учетом коморбидных состояний, связанных с избыточной массой тела и нарушением пищевого поведения. Продолжительная повышенная нагрузка, воздействующая на работников локомотивных бригад вследствие различных стрессоров (высокоскоростного движения, графика работы с ночными сменами, сверхурочных переработок), может вызывать не только утомление, но и

истощение психических ресурсов машинистов и помощников. В этом случае поддержание работоспособности на необходимом уровне сопровождается функциональными сдвигами в деятельности вегетативной нервной системы, интенсивность или длительность которых может спровоцировать сердечно-сосудистые осложнения [17]. Таким образом, чрезмерная и продолжительная эмоциональная перегрузка является психогенным фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у работников локомотивных бригад.

Еще одним фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений является ожирение — избыточное отложение жира в организме [5; 10]. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 году 39% взрослых старше 18 лет имели избыточный вес, а 13 % взрослого населения страдали ожирением. Наиболее распространенные классификации ожирения; рекомендованная ВОЗ — по индексу массы тела Кеттле и этиопатогенетическая классификация ожирения, по И.И. Дедову и Г.А. Мельниченко [7]. Индекс массы тела (ИМТ) является наиболее информативным показателем и рассчитывается делением массы тела в килограммах на рост человека, выраженный в метрах и возведенный в квадрат: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м})$

Нормативный ИМТ определяет показатель от 18,5 до 24,9. Большее значение ИМТ ассоциировано с избыточным весом (25,0 — 29,9) и ожирением (ИМТ>30), а также с увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний [7]. В этиопатогенетической классификации ожирения по И.И. Дедову и Г.А. Мельниченко выделены экзогенно-конституциональное ожирение (алиментарно-конституциональное или первичное), и симптоматическое (обусловленное иной первичной патологией).

Связь между ожирением и развитием сердечно-сосудистых осложнений была выявлена в 26-летнем Фремингемском исследовании, в котором приняли участие 5209 респондентов первого поколения, 5124 респондентов второго поколения, 4095 респондентов третьего поколения [10]. Была подтверждена гипотеза не только о том, что артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца ассоциируются с ожирением, но и то, что ожирение является самостоятельным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. По данным другого исследования связи ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний, было обнаружено, что риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний ассоциируется с субклиническим поражением органов и систем организма, среди которых наряду с дислипидемией, гипергликемией, артериальной гипертензией стоит избыточный вес тела [5]. Авторы показали, что четыре маркера метаболического синдрома: нарушение липидного и углеводного обмена, повышенное артериальное давление и увеличение массы висцерального жира, среди других прочих, могут вызывать осложнения хронических заболева-

ний или ранее перенесенных острых заболеваний сердечно-сосудистой системы у военнослужащих [5]. Их деятельность связана с неблагоприятным воздействием окружающей среды посредством разномодалных стрессоров, как физических, так и психоэмоциональных. Важно отметить, что управление подвижным составом на железной дороге сопровождается схожим влиянием внешних стрессогенных факторов.

Алиментарно-конституционное ожирение и избыточную массу тела тесно связывают с несбалансированным питанием, важным показателем которого является избыточная калорийность пищевого рациона по отношению к энергозатратам. Несбалансированное питание — отдельный фактор риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем исследовательское внимание привлекает количественная и качественная оценка пищевого поведения (ПП) и его нарушений [11].

В настоящее время проблема профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с повышенной массой тела широко рассматривается с точки зрения медицинских мероприятий, однако наблюдается недостаточная изученность психологических аспектов проблемы [5; 14; 22]. По нашим предположениям, нарушения пищевого поведения и низкий уровень субъективного контроля (низкая интернальность) в значимых ситуациях могут быть психологическими предпосылками избыточной массы тела у сотрудников локомотивных бригад. В связи с вышеперечисленным высокую актуальность и практическую значимость приобретает исследование психологических аспектов формирования избыточной массы тела у работников локомотивных бригад с целью определения мер психопрофилактики факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и ожирения.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 105 мужчин, работников локомотивных бригад, в возрасте от 25 до 55 лет. Среди них машинисты и помощники машинистов, закрепленные за учреждением здравоохранения «Узловая больница на станции Выборг». С целью выявления влияния психогенных факторов риска при конституциональном ожирении из выборки исключались лица с заболеванием сахарным диабетом.

Процедура и методики исследования. Исследование проходило в два этапа. Первый этап включал изучение массы тела по результатам анализа медицинской документации и анкетирования и расчета индекса массы тела [7]. В 1-ю группу испытуемых вошли 29 мужчин с ИМТ до 24,9, что соответствует норме по весу. 2-ю группу испытуемых составили 39 мужчин с ИМТ от 25 до 29,9, что соответствует избыточной массе тела. В 3-ю группу испытуемых вошли 37 мужчин с ИМТ от 30 и более,

что соответствует ожирению. По каждой группе проводился анализ медицинской документации для выявления наличия диагноза сердечно-сосудистых заболеваний и ожирения.

На втором этапе исследования для тонкой дифференциации ПП использовался Нидерландский опросник пищевого поведения — *Dutch Eating Behavior Questionnaire* — *DEBQ* (Van Strien, 1986), переведенный на русский язык Вознесенской [7; 13; 23]. Опросник позволяет определить тип ПП: ограничительный (направление волевых усилий на самоограничение в питании с целью контроля массы тела); эмоциогенный (прием пищи и повышенный аппетит в периоды эмоционального напряжения, с целью его регуляции); экстернальный (прием пищи происходит не под влиянием физиологического голода, а под воздействием внешних стимулов, повышающих аппетит: вид еды или людей, принимающих пищу, аромат). Под пищевым поведением понимается «... ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа» [12, с. 154].

На этом же этапе с целью изучения субъективного контроля над значимыми событиями использовалась методика диагностики уровня субъективного контроля Роттера в адаптации Бажина, Голынкиной, Эткинды [16]. Методика позволяет определить тип локализации контроля и выявить уровень интернальности в разных сферах жизни. В случае высокой интернальности человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности. В случае низкой интернальности человек считает происходящие с ним события следствием внешних воздействий (случая или других людей). Применялись клинико-психологические методы: беседа, анализ медицинской документации.

Для обработки результатов использовались методы математической статистики χ^2 Пирсона, критерий Краскела—Уоллиса, критерий Манна—Уитни, программа обработки данных IBM SPSS Statistics 22,0.

Результаты

Оценка частоты встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы в выборке была осуществлена на основе анализа медицинской документации. В 1-й группе (норма ИМТ) было выявлено 5 случаев сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе 2 случая кардиомиопатии и 3 — гипертонической болезни 2-й степени. Во 2-й группе (превышение ИМТ) выявлено 12 случаев ССЗ, в том числе у 4 человек — кардиомиопатия; у 8 — гипертоническая болезнь 2-й степени. В 3-й группе (ожирение) ССЗ выявлены у 21 человека, в том числе 5 случаев миокардиодистрофии,

8 — кардиомиопатии, 13 случаев гипертонической болезни 2-й степени. Также у 31 человека, включенных в 3-ю группу, диагностировано ожирение 1-й степени; у 6 человек — ожирение 2-й степени.

Проведенный анализ частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний у испытуемых трех групп с помощью критерия χ^2 Пирсона, показал достоверные различия (табл. 1), т. е. сердечно-сосудистые заболевания чаще встречаются у работников локомотивных бригад с более высоким ИМТ.

Т а б л и ц а 1

**Частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)
у испытуемых трех групп**

Встречаемость ССЗ			ССЗ	нет ССЗ	Всего
Группы испыту- емых по ИМТ	Группа 1 — Норма ИМТ	N	5	24	29
		%	17,2	82,8	100,0
	Группа 2 — Превыше- ние ИМТ	N	12	27	39
		%	30,8	69,2	100,0
	Группа 3 — Ожирение ИМТ \geq 30	N	21	16	37
		%	56,8*	43,2	100,0
Всего	N	38	67	105	
	%	36,2	63,8	100,0	

Примечание: частота встречаемости по критерию Пирсона $\chi^2 = 11,782$; * $p \leq 0,05$.

Результатом второго этапа исследования стало выявление статистически значимых различий с качественной оценкой типа ПП, связанного с перееданием и сопровождающим его ожирением, у работников локомотивных бригад с помощью методики «Нидерландский опросник пищевого поведения». Для определения значимости различий в типах пищевого поведения использовались критерии Краскела—Уоллиса и Манна—Уитни. Значимые различия обнаружены по ограничительному типу пищевого поведения (табл. 2).

В 3-й группе испытуемых (ожирение ИМТ \geq 30) значения по шкале «Ограничительный тип ПП» значимо выше, чем в других группах. Таким образом, испытуемые 3-й группы больше, чем испытуемые 2-й и 1-й групп стремятся к ограничительному пищевому поведению, что приводит к фрустрации пищевой потребности и последующим эпизодам компульсивного переедания. Наличие таких эпизодов мужчины подтверждали в индивидуальной беседе. Переедание в форме пищевых кутежей заставляет едоков испытывать чувство вины от приема запретной пищи и усиливает психоэмоциональное напряжение [21].

По эмоциогенному и экстернальному типам ПП значимых различий между группами не выявлено. В то же время следует отметить, что во

Таблица 2

Различия по типу пищевого поведения у испытуемых трех групп

Параметры	Группа 1, норма ИМТ	Группа 2 превышение ИМТ	Группа 3 ожирение ИМТ ≥ 30	Критерии различий		
				Краскелла—Уоллиса	Манна—Уитни	
Тип пищевого поведения	М (SD)	М (SD)	М (SD)	Н (p)	U	
					Группы 1—3	Группы 2—3
Ограничительный	1,68 (0,73)	1,65 (0,60)	2,51 (0,95)	20,423 (0,000)	251,50***	334,50***
Эмоциогенный	1,34 (0,59)	1,31 (0,43)	1,59 (0,80)	2,029 (0,363)	-	-
Экстернальный	2,66 (0,77)	2,59 (0,63)	2,70 (0,65)	0,817 (0,665)	-	-

Примечание: М — среднее значение в станах; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости; «***» — $p < 0,001$.

всех трех группах показатели экстернального типа (заедание стресса) выше, чем по другим типам пищевого поведения, что является predisposing фактором к повышению массы тела и предполагает психологическое сопровождение и помощь.

Средние значения эмоциогенного и экстернального типов ПП (еда за компанию, под воздействием внешних факторов и заедание стресса) в 3-й группе (ожирение, ИМТ ≥ 30) выше, чем в 1-й и 2-й группах, хотя и не значимо. Можно предположить, что мужчины 3-й группы больше, чем мужчины 1-й и 2-й групп привержены к этим деструктивным паттернам ПП психогенной природы, что также может быть предметом психопрофилактических мероприятий.

Таким образом, в 3-й группе испытуемых (ожирение ИМТ ≥ 30) мы можем отметить большее, чем в двух других группах, суммарное воздействие трех факторов риска развития соматических осложнений: увеличенной частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний; повышенного психоэмоционального напряжения вследствие достоверно значимого более высокого уровня ограничительного типа ПП; более высокого уровня эмоциогенного и экстернального типов ПП.

Следующим важным результатом второго этапа стало выявление в трех группах различий по уровню субъективного контроля (УСК) значимых событий (табл. 3). По результатам исследования отклонение вправо от нормы ($>5,5$ стенов) свидетельствует об интернальном типе субъек-

тивного контроля, а отклонение влево от нормы (<5,5 стенов) свидетельствует об экстернальном типе субъективного контроля.

Таблица 3

Различия в уровне субъективного контроля у испытуемых трех групп

Показатели	Средние значения показателей				Критерий Манна—Уитни	
	Группа 1, норма ИМТ	Группа 2, превышение ИМТ	Группа 2, превшение ИМТ	Группа 3, ожирение ИМТ ≥ 30	U	p
Уровень субъективного контроля, интернальность						
Область достижений	5,93	6,77	-	-	407,50	0,05
Интернальность общая	-	-	6,15	5,19	502,50	0,02
Область неудач	-	-	5,51	4,22	470,00	0,01
Семейные отношения	-	-	6,28	5,24	515,50	0,03

Примечание: представлены только значимые различия. U — значения критерия Манна—Уитни; p — уровень значимости.

УСК по шкалам «Интернальность в области неудач», «Семейные отношения», «Интернальность общая» достоверно ниже у 3-й группы испытуемых с ИМТ от 30, чем во 2-й группе с избыточной массой тела; при сравнении с 1-й группой с нормой по массе тела значимых различий не выявлено. У испытуемых 2-й группы значимо выше интернальность в области достижений по сравнению с 1-й группой, что свидетельствует о большем уровне субъективного контроля значимых событий.

Испытуемые 3-й группы имеют экстернальный локус контроля в области неудач (4,22±2,029) — источник неудач во внешних обстоятельствах. Их характерной личностной чертой является привычное ожидание действий извне, направленных на реорганизацию трудных ситуаций и разрешение проблем. Можно предположить, что они избегают осознавать собственную способность оказывать влияние на проблемную ситуацию и в вопросах движения к оздоровлению могут оставаться пассивными.

Испытуемые из двух других групп имеют интернальный локус контроля — склонны видеть в себе источник неприятностей и страданий — и полагаются на себя при выходе из трудностей.

Обсуждение результатов

В данном исследовании, как и в ряде других, показано, что в формировании ожирения важную роль играют патологические типы пищевого поведения [3]. Выявленные результаты подтверждают коморбидность сердечно-сосудистых заболеваний с избыточной массой тела [2; 5], а также с нарушением пищевого поведения (ПП), что совпадает с общемировой тенденцией, представленной в результатах исследователей по факторам риска сердечно-сосудистых патологий [10; 15]. Доминирование эмоциогенного типа (заедание стресса) во всех группах испытуемых свидетельствует о значительном психоэмоциональном напряжении сотрудников локомотивных бригад, что является психологической предпосылкой избыточной массы тела и может рассматриваться как мишень психопрофилактики.

Вследствие того, что ограничительный тип ПП подразумевает применение преднамеренных усилий, направленных на подавление аппетита, самоограничение в питании, контроль чувства вины, он вызывает повышенное напряжение адаптационных механизмов организма. Для предотвращения будущих соматических осложнений с данным контингентом работников локомотивных бригад целесообразно проведение психопрофилактических мероприятий: обучение приемам саморегуляции, релаксации, ведению дневника питания.

Интернальный локус контроля в области неудач, семейных отношений, менее выраженный у лиц, страдающих ожирением, является весомым аргументом в поддержку формирования программы психопрофилактической помощи на основе бихевиорального подхода, целесообразность которого подчеркивают большинство авторов [7; 15; 24].

Таким образом, низкий уровень общей интернальности в области неудач, в семейных отношениях, избегание ответственности при разрешении межличностных ситуаций являются формой психологической защиты от активных действий и решений, которые находят свое выражение в бесконтрольном пищевом поведении при ожирении. В теории социального научения Роттера [20] потребность личности в доминировании рассматривается как одна из значимых категорий прогноза поведения человека. Контроль над принятием пищи при ожирении становится замещением реальных действий, компенсируя желание управлять и действовать. Выявленное в исследовании нарушение ПП ограничительного типа у мужчин с ожирением подтверждает вышеописанный конструкт. Осознание своих эмоций, личностных защит, возможности трансформации смысла ситуации в тренинге, а затем применение адаптивного копинг-поведения в психоэмоциональных реальных жизненных ситуациях может стать направлением разработки последовательных

этапов психопрофилактической программы [3; 9; 20] на основе теории социального научения.

Если здоровый образ жизни — это личная ответственностью каждого, то организация и реализация психопрофилактической программы для сотрудников, страдающих ожирением, является задачей медицинской службы по обеспечению деятельности работников локомотивных бригад [15]. В связи с длительностью и трудностью лечения ожирения только совместные целенаправленные усилия медиков и психологов могут дать положительные результаты, выражающиеся в улучшении самочувствия, снижении риска сердечно-сосудистых патологий и снижении массы тела.

Выводы

Таким образом, факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин — работников локомотивных бригад являются: продолжительная психоэмоциональная перегрузка, ожирение и несбалансированное питание, что в наибольшей степени создает угрозу проявления соматического осложнения.

Снижение психоэмоционального напряжения у работников локомотивных бригад (групп с ожирением ИМТ \geq 30) будет являться важной задачей психологической профилактики. С ее помощью может быть достигнута экономия функциональных резервов, что положительно скажется на снижении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

При разном индексе массы тела (нормальном, избыточном и с ожирением) наиболее выражен экстернальный тип пищевого поведения (заедание стресса), что может свидетельствовать о высокой психоэмоциональной нагрузке всех сотрудников локомотивных бригад. Менее выражен ограничительный тип пищевого поведения, в наименьшей степени преобладает эмоциогенный тип (еда за компанию).

При ожирении наиболее выражен ограничительный тип пищевого поведения и низкий уровень субъективного контроля.

В заключение отметим, что психопрофилактическая программа, ориентированная на снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у работников локомотивных бригад с диагнозом ожирение должна быть направлена на помощь в осознании недостаточно адаптивных форм пищевого поведения (ПП) и иррациональных убеждений, а также на изменение дисфункционального поведения.

Благодарности

Авторы выражают искреннюю благодарность главному врачу негосударственного учреждения здравоохранения «Узловая больница на станции Выборг»

ОАО «Российские железные дороги» О.С. Карасеву за инициацию исследования и предоставление базы для исследования, направленного на поиск путей развития медицинского обеспечения работников железнодорожных служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акимова А.Ю., Александрова А.В., Баранник И.А., и др.* Психофизиологическое обеспечение профессиональной деятельности работников локомотивных бригад ОАО «РЖД»: метод. пособие для специалистов психофизиологических подразделений. М.: Департамент здравоохранения ОАО «РЖД», 2011. 213 с.
2. *Алексеева Т.С., Скрипченко А.Е., Огарков М.Ю., и др.* Влияние характера профессиональной деятельности на распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников железнодорожного цеха // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 5. С. 236—239.
3. *Балуева О.В., Кравченко Ю.Е., Карташов С.И.* Значение телесных ощущений для понимания собственных эмоций // *Культурно-историческая психология*. 2015. Т. 11. № 2. С. 28—37. doi:10.17759/chp.2015110203
4. *Бондарев С.А., Смирнов В.В., Шаповалова А.Б., и др.* Медикаментозная коррекция метаболических нарушений в миокарде при стрессорной кардиомиопатии вследствие хронического психоэмоционального перенапряжения // *Медицина: теория и практика*. 2017. Т. 2. № 1. С. 3—7.
5. *Вдовыкина Т.А., Чернобровина Л.В.* Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у военнослужащих контрактной службы // *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2015. № 3. С. 55—59.
6. *Глазырина Т.М., Порожников П.А., Ятманов А.Н.* Влияние отношения к болезни и уровня артериального давления на уровень нервно-психической адаптации у мужчин призывного возраста // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2017. № 1. С. 62—65. doi:10.25016/2541-7487-2017-0-1-62-65
7. *Дедов И.И., Мельниченко Г.А.* Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М.: Мед. информ. агенство, 2004. 456 с.
8. *Ермакова Н.Г.* Применение аутогенной тренировки при восстановительном лечении больных с последствиями инсульта // *Вестник психотерапии*. 2015. № 55. С. 79—95.
9. *Кораблина Е.П., Пашкин С.Б.* Самопомощь в процессе профессиональной подготовки психологов-консультантов: учебно-методическое пособие. СПб.: РПГУ имени А.И. Герцена, 2018. 63 с.
10. *Куликов В.А.* Фремингемское исследование сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2012. Т. 11. № 2. С. 16—24.
11. *Максимов С.А., Табаков М.В., Данильченко Я.В., и др.* Стереотипы пищевого поведения и состояния сердечно-сосудистой системы населения // *Гигиена и санитария*. 2017. Т. 96. № 6. С. 585—589.
12. *Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г.* Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // *Вестник клинической психологии*. 2003. Т. 1. № 2. С. 153—158.

13. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2019. Т. 12. № 1. С. 97—117. doi:10.14529/psy190110
14. Мищенко Т.В., Звенигородская Л.А. Роль гормонов и типов пищевого поведения в патогенезе развития и лечении абдоминального ожирения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 11. С. 37—43.
15. Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире // Вестник Российской академии медицинских наук. 2016. Т. 71. № 2. С. 154—159. doi:10.15690/vgramm655
16. Райгородский Д.Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика взрослых. Самара: Бахрах-М, 2008. 704 с.
17. Россолимо Т.Е., Москвина-Тарханова И.А., Рыбалов Л.Б. Физиология высшей нервной деятельности. М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: МОДЭК, 2007. 336 с.
18. Сериков А.В. Способность к игровому переживанию как условие устойчивости личности к психосоматическим расстройствам // Культурно-историческая психология. 2017. Т. 13. № 4. С. 118—126. doi:10.17759/chp.2017130413
19. Сериков В.В., Колягин В.Я. Актуальные вопросы психофизиологического обеспечения безопасности движения на железнодорожном транспорте. М.: Издательские решения, 2017. 420 с.
20. Теория межличностных отношений и когнитивные теории личности. Г. Салливан, Дж. Роттер и У. Мишел / Под ред. А. Боричева. М.: Прайм-Еврознак, 2007. 128 с.
21. Gupta N.K., Mueller W.H., Chan W., et al. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? // American Journal of Human Biology. 2002. Vol. 14 (6). P. 762—768. doi:10.1002/ajhb.10093
22. Tonstad S., Rossner S., Rissanen A., et al. Medical management of obesity in Scandinavia 2016 // Obesity Medicine. 2016. Vol. 1 (C). P. 38—44. doi:10.1016/j.obmed.2016.01.002
23. Van Strein T., Frijtere J., Bergere G., et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // International Journal of Eating Disorders. 1986. Vol. 5 (2). P. 295—315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T
24. Wimalawansa S.J. Controlling obesity and its complications by elimination of causes and adopting healthy habits: “cause-driven” approach // Advances in Medical Science. 2014. Vol. 3 (1). P. 1—15.

PSYCHOLOGICAL PREREQUISITES FOR PREVENTING CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG OVERWEIGHT TRAIN CREW MEMBERS

E.P. KORABLINA*,
Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia.,
Kaphedra_pp@mail.ru

N.G. ERMAKOVA**,
Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia,
nataliya.ermakova@yandex.ru

M.V. KRASIKOVA***,
Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia,
krasikova.rita@gmail.com

We studied the psychological aspects of excess body weight gain in train crew members aiming to determine the measures of psychological prevention of risk factors for cardiovascular complications and obesity. The sample included 105 men aged 25–55. Methods: surveys, Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Subjective Control Level Scale (based on J. Rotter's locus of control), Body Mass Index (BMI). Results: BMI identified three groups of men: normal, overweight and obese. In all groups, the external type of eating behavior prevails (stress eating). In obese men, the restrictive type of eating behavior is significantly higher, and the internality in family relationships, in the area of failure, and the overall internality are significantly lower, which indicates difficulties in coping with stress. Conclusion: Overweight individuals have a maladaptive type of eating behavior, low internality in significant situations, that can be considered as targets for psychological prevention in the development of psychological assistance programs.

For citation:

Korablina E.P., Ermakova N.G., Krasikova M.V. Psychological Prerequisites for Preventing Cardiovascular Diseases among Overweight Train Crew Members. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 49–64. doi: 10.17759/cpp.2019270404. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Korablina Elena Pavlovna*, Doctor in Psychology, Professor, Department of Psychology of Professional Activity, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia, e-mail: Kaphedra_pp@mail.ru

** *Ermakova Natal'ya Georgievna*, Ph.D., Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia, e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

*** *Krasikova Margarita Valentinovna*, Postgraduate Student, Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia, e-mail: krasikova.rita@gmail.com

Keywords: excessive weight, type of eating behavior, subjective locus of control, targets of psychological prevention of cardiovascular diseases.

Acknowledgments

The authors express their sincere gratitude to O.S. Karasev, head physician of the Non-government Healthcare Institution Node Hospital at the Vyborg station, Russian Railways OJSC, for initiating the study and providing a base for research aimed at finding ways to develop medical support for railway workers.

REFERENCES

1. Akimova A.Yu., Aleksandrova A.V., Barannik I.A., et al. Psikhofiziologicheskoe obespechenie professional'noi deyatel'nosti rabotnikov lokomotivnykh brigad OAO «RZhD»: metod. posobie dlya spetsialistov psikhofiziologicheskikh podrazdelenii [Psychophysiological support of professional activity of employees of locomotive brigades of OJSC Russian Railways: the methodical manual for specialists of psychophysiological units]. Moscow: Departament zdravookhraneniya OAO "RZhD", 2011. 213 p.
2. Alekseeva T.S., Skripchenko A.E., Ogarkov M.Yu., i dr. Vliyanie kharaktera professional'noi deyatel'nosti na rasprostranennost' faktorov riska serdechno-sosudistyykh zabolevaniy u rabotnikov zheleznodorozhnogo tsekha [The influence of the nature of the professional activity on the prevalence of risk factors of cardiovascular diseases among workers of the railway depot]. *Fundamental'nyye issledovaniya [Fundamental Research]*, 2013, no. 5, pp. 236—239.
3. Balueva O.V., Kravchenko Yu.E., Kartashov S.I. Znachenie telesnykh oshchushchenii dlya ponimaniya sobstvennykh emotsii [The Role of Body Sensations in Understanding One's Own Emotions]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2015. Vol. 11 (2), pp. 28—37. doi:10.17759/chp.2015110203 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Bondarev S.A., Smirnov V.V., Shapovalova A.B., et al. Medikamentoznaya korrektsiya metabolicheskikh narushenii v miokarde pri stressornoj kardiomiopatii vsledstvie khronicheskogo psikhoemotsional'nogo perenapryazheniya [Pharmacological correction of metabolic disorders in the myocardium in patients with stress-induced cardiomyopathy caused by psycho-emotional strain]. *Meditsina: teoriya i praktika [Medicine: Theory and Practice]*, 2017. Vol. 2 (1), pp. 3—7.
5. Vdovkina T.A., Chernobrovina L.V. Ozhirenie kak faktor riska razvitiya serdechno-sosudistyykh zabolevaniy u voennosluzhashchikh kontraktnoi sluzhby [Obesity as a risk factor for heart disease in contract servicemen]. *Zdorov'e. Meditsinskaya ekologiya. Nauka [Health. Medical Ecology. Science]*, 2015, no. 3, pp. 55—59.
6. Glazyrina T.M., Porozhnikov P.A., Yatmanov A.N. Vliyanie odnosheniya k bolezni i urovnya arterial'nogo davleniya na uroven' nervno-psikhicheskoi adaptatsii u muzhchin prizyvnoogo vozrasta [Effects of disease attitude and blood pressure on neuro-psychological adaptation in men of military enlistment age]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvyichaynykh situatsiyakh [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]*, 2017, no. 1, pp. 62—65. doi:10.25016/2541-7487-2017-01-62-65

7. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A. Ozhirenie: etiologiya, patogenez, klinicheskie aspekty [Obesity: etiology, pathogenesis, clinical aspects]. Moscow: Med. inform. agenstvo, 2004. 456 p.
8. Ermakova N.G. Primenenie autogennoi trenirovki pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh s posledstviyami insulta [The use of autogenic training in the rehabilitation treatment of patients after stroke]. Vestnik psikhoterapii [*Bulletin of Psychotherapy*], 2015, no. 55, pp. 79–95.
9. Korablina E.P., Pashkin S.B. Samopomoshch' v protsesse professional'noi podgotovki psikhologov konsul'tantov: uchebno-metodicheskoe posobie [Self-help in the process of professional training of psychological counselors: the manual]. Saint Petersburg: RGPU im. A.I. Gertsena, 2018. 63 p.
10. Kulikov V.A. Fremingemskoe issledovanie serdtsa: 65 let izucheniya prichin ateroskleroza [The Framingham Heart Study: 65 years of studying the causes of the atherosclerosis]. Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta [*Vitebsk State Medical University Bulletin*], 2012. Vol. 11 (2), pp. 16–24.
11. Maksimov S.A., Tabakov M.V., Danil'chenko Ya.V., et al. Stereotipy pishchevogo povedeniya i sostoyanie serdechno-sosudistoi sistemy naseleniya [Dietary patterns and cardiovascular health of the population]. Gigiena i sanitariya [*Hygiene and Sanitation*], 2017. Vol. 96 (6), pp. 585–589.
12. Mendelevich V.D., Sadykova R.G. Zavisimost' kak psikhologicheskii i psikhopatologicheskii fenomen (problemy diagnostiki i differentsiatsii) [Dependence as a psychological and psychopathological phenomenon (problems of diagnosis and differentiation)]. Vestnik klinicheskoi psikhologii [*Bulletin of Clinical Psychology*], 2003. Vol. 1 (2), pp. 153–158.
13. Mikhaилоva A.P., Ivanova D.A., Shtrakhova A.V. Voprosy kvalifikatsii i psikhologicheskoi diagnostiki pishchevogo povedeniya v norme i pri ego narusheniyakh [Issues of qualification and psychological diagnosis of eating behavior in norm and in its disorders]. Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya" [*Bulletin of the South Ural State University. Psychology*], 2019. Vol. 12 (1), pp. 97–117. doi:10.14529/psy190110
14. Mishchenkova T.V., Zvenigorodskaya L.A. Rol' gormonov i tipov pishchevogo povedeniya v patogeneze razvitiya i lechenii abdominal'nogo ozhireniya [The role of hormones and types of food behavior in the pathogenesis and treatment of abdominal obesity]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya [*Experimental and Clinical Gastroenterology*], 2011, no. 11, pp. 37–43.
15. Razina A.O., Runenko S.D., Achkasov E.E. Problema ozhireniya: sovremennyye tendentsii v Rossii i v mire [Obesity: Current Global and Russian Trends]. Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk [*Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*], 2016. Vol. 71 (2), pp. 154–159. doi:10.15690/vramn655
16. Raigorodskii D.Ya. Entsiklopediya psikhodiagnostiki. Psikhodiagnostika vzroslykh [Encyclopedia of psychodiagnosics. Psychodiagnosics of adults]. Samara: Bakhrah-M, 2008. 704 p.
17. Rossolimo T.E., Moskvina-Tarkhanova I.A., Rybalov L.B. Fiziologiya vysshei nervnoi deyatelnosti [Physiology of higher nervous activity]. Moscow: Moskovskii psikhologo-sotsial'nyi institut; Voronezh: MODEK, 2007. 336 p.
18. Serikov A.V. Sposobnost' k igrovomu perezhivaniyu kak uslovie ustoichivosti lichnosti k psikhosomaticheskim rasstroistvam [Play Experience as an Individual

- Ability and a Factor of Individual Resistance to Psychosomatic Disorders]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2017. Vol. 13 (4), pp. 118—126. doi:10.17759/chp.2017130413 (In Russ., abstr. in Engl.).
19. Serikov V.V., Kolyagin V.Ya. Aktual'nye voprosy psikhofiziologicheskogo obespecheniya bezopasnosti dvizheniya na zheleznodorozhnom transporte [Topical issues of psychophysiological safety of traffic in railway transport]. Moscow: Izdatel'skie resheniya, 2017. 420 p.
 20. Borichev A. (ed.). Teoriya mezhlchnostnykh otnoshenii i kognitivnye teorii lichnosti. Sallivan G., Rotter Dzh. i Mishel U. [The theory of interpersonal relations and cognitive theory of personality. H. Sullivan, J. Rotter and W. Mischel]. Moscow: Praim-Evroznak, 2007. 128 p.
 21. Gupta N.K., Mueller W.H., Chan W., et al. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? *American Journal of Human Biology*, 2002. Vol. 14 (6), pp. 762—768. doi:10.1002/ajhb.10093
 22. Tonstad S., Rossner S., Rissanen A., et al. Medical management of obesity in Scandinavia 2016. *Obesity Medicine*, 2016. Vol. 1, pp. 38—44. doi:10.1016/j.obmed.2016.01.002
 23. Van Strein T., Frijtere J., Bergere G., et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1986. Vol. 5 (2), pp. 295—315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T
 24. Wimalawansa S.J. Controlling obesity and its complications by elimination of causes and adopting healthy habits: “cause-driven” approach. *Advances in Medical Science*, 2014. Vol. 3 (1), pp. 1—15.

НАРЦИССИЗМ КАК «СВЕТЛЫЙ» АСПЕКТ В ТЕМНОЙ ТРИАДЕ

Ю.В. КРАСАВЦЕВА*,
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России,
Москва, Россия,
julia.k7@gmail.com

Т.В. КОРНИЛОВА**,
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия,
tvkornilova@mail.ru

Нарциссизм представляется наиболее противоречивым свойством Темной Триады, характеризующейся и негативными, и позитивными проявлениями. В исследовании проверялись гипотезы о связях нарциссизма с интеллектом, толерантностью к неопределенности и чертами Большой пятерки. Выборка: 1) менеджеры с высшим образованием (N=62; Mвозр=37,60; SD=8,84); 2) студенты и аспиранты (N=1187; Mвозр=22,37; SD=4,44). Свойства Темной Триады диагностировались по опроснику Темная Дюжина. Применялись: тест International Cognitive Ability Resource — ICAR с двумя субтестами для невербального интеллекта и две субшкалы из теста Rapid Online Assessment Deployment System — ROADS для вербального интеллекта; Новый опросник толерантности к неопределенности; Краткий опросник Большой пятерки ГРИ. Для выборки студентов/аспирантов установлены связи нарциссизма

Для цитаты:

Красавцева Ю.В., Корнилова Т.В. Нарциссизм как «светлый» аспект в Темной Триаде // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 65—80. doi: 10.17759/cpp.2019270405

* *Красавцева Юлия Владимировна*, ассистент кафедры педагогики и медицинской психологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: julia.k7@gmail.com

** *Корнилова Татьяна Васильевна*, доктор психологических наук, профессор факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, e-mail: tvkornilova@mail.ru

с вербальным интеллектом ($p < 0,05$), толерантностью к неопределенности ($p < 0,05$) и межличностной интолерантностью к неопределенности ($p < 0,01$). У менеджеров — с толерантностью к неопределенности ($p < 0,05$). Также в выборке студентов и аспирантов выявлены положительные связи нарциссизма с экстраверсией и открытостью опыту, отрицательная — с эмоциональной стабильностью; у менеджеров — только с экстраверсией. Сделаны выводы о том, что связи нарциссизма с вербальным интеллектом и толерантностью к неопределенности отражают его «светлые» свойства.

Ключевые слова: нарциссизм, Темная Триада, Темная Дюжина, Большая пятерка, КОБП — ТРП, толерантность и интолерантность к неопределенности, интеллект.

Аверсивные свойства личности включают описание макиавеллизма, субклинического нарциссизма и субклинической психопатии, которые вместе составляют Темную Триаду личности [23; 28]. Значимость диагностики свойств Темной Триады связана как с необходимостью комплексного анализа так называемого нестабильного ядра личности, так и с ролью этих свойств в регуляции поведения, общения и профессиональной деятельности. Свойства Темной Триады (ТТ) положительно связаны со стремлением к социальному доминированию, утилитаристским решением моральных дилемм, с экстернализованным поведением, куда относят импульсивность, склонность к риску, агрессию и садизм [15; 21; 29; 33]. Показано, что нарциссизм, как и другие свойства ТТ, положительно коррелирует с низким согласием (как чертой Большой пятерки), нейротизмом и враждебностью [16]. С другими чертами ТТ его роднит заинтересованность в контроле, доминировании и эксплуатации других.

Свойства ТТ связаны с контрпродуктивным поведением: «токсические лидеры», «змеи в костюмах», «плохие боссы» — подобные эпитеты нередко относятся к тем, у кого эти свойства ярко выражены. При этом в описаниях психологического портрета российских руководителей (менеджеров высшего и среднего звена) свойства ТТ пока не были представлены. Если предполагать включенность этих свойств в организацию общения руководителя с подчиненными, то роль их может быть двоякой.

Наряду с указанием «темных» сторон ТТ, нельзя отрицать, что нарциссизм свойственен лицам, берущим ответственность за принятие решений. Так, в Нарциссическом опроснике личности (NPI), разработанном для неклинической популяции, это отражено в шкале самодостаточности [30]. Нарциссизм положительно связан с проявлением художественных и деловых интересов при выборе карьеры [24]. При апробации опросника Темная Дюжина (*Dirty Dozen*) на российской выборке было

установлено, что лица с выраженным нарциссизмом отличались более высокими баллами по шкале психологической разумности [5]. Значит, это свойство имеет и «светлые» проявления. Авторы опросника Темная Дюжина отметили более высокие когнитивные способности у лиц с выраженным нарциссизмом (но не макиавеллизмом и психопатией) [20]. При высоком уровне нарциссизма обнаружена склонность завышать свои интеллектуальные способности.

В рамках данной работы была поставлена задача исследовать нарциссизм — как наиболее противоречивое свойство Темной Триады — в его связях с составляющими интеллектуально-личностного потенциала человека, что будет способствовать более четкому пониманию роли этого свойства в структуре личности.

Нарциссизм как свойство Темной Триады личности

Одним из первых термин нарциссизм в контексте развития личности использовал Зигмунд Фрейд, понимая его как либидозное продолжение эгоизма в инстинкте самосохранения. В дальнейшем сложились два направления: (1) свойства нарциссизма рассматривались в патопсихологическом аспекте — в рамках нарциссического расстройства личности [11; 25]; (2) также нарциссизм исследовался как личностное свойство, присущее здоровым людям [25].

Свойства «темной» стороны личности предлагалось рассматривать в качестве разных измерений одного латентного конструкта Темной Триады — макиавеллизм, нарциссизм и психопатия, которые вместе описываются как кратковременная, опосредующая и взрывная социальная стратегия, возможно эволюционировавшая для психологической эксплуатации других [13]. Другими отмечалось, что свойства ТТ неотличимы на выборках «нормы» [27]; предложен даже единый «темнотриадный индекс» [19]. Однако достаточно обосновано, что черты ТТ имеют различные этиологические предпосылки [28].

Противоречивость свойств нарциссической личности заключается в соотношении особенностей эмоциональной сферы с другими личностными образованиями и уровнями, включая самосознание личности. В ее характеристиках подчеркивается двойственная регуляция самооценки, что может обуславливать чувства, как грандиозности, так и уязвимости [10; 25]. При этом нужно различать понятия «нарциссическое расстройство личности» и «выраженное свойство личностного нарциссизма», которое заключается в наличии значительных страданий или ухудшении функционирования в важных областях (в частности, во взаимодействии с другими). Психотерапия имеет отношение к обоим аспектам. Мы же

в данной работе говорим о нарциссизме как личностной особенности (в рамках условно здоровой личности).

В качестве положительных характеристик, присущих лицам с выраженными свойствами ТТ, называют высокий уровень экстраверсии и открытости новому опыту у нарциссов и лиц со свойствами субклинической психопатии [18]. Свойства ТТ в совокупности с физической привлекательностью и интеллектом могут помочь продвинуться по карьерной лестнице [28]. Выраженность свойств ТТ связана с поведением в разных ситуациях: при выраженном нарциссизме используются более мягкие тактики, при выраженной психопатии — более жесткие, при выраженном макиавеллизме — тактики смешанные.

Хотя свойства ТТ могут рассматриваться как акцентуации в рамках психологической «нормы», демонстрируются их связи с неблагоприятными психосоциальными коррелятами [1; 12; 15; 20].

Противоречивость связей нарциссизма с другими свойствами личности

Нарциссизм можно рассматривать как наиболее противоречивое свойство ТТ с точки зрения связей между когнитивными и аффективными составляющими, соотношения самосознания личности и глубинных личностных механизмов саморегуляции (в частности, психологической защиты).

В последнем метаанализе различий между компонентами Темной Триады показано, что после контроля общей дисперсии нарциссизм проявляет связи с адаптивными переменными: альтруизмом, эмпатией, эмоциональным интеллектом и экстраверсией, — что не вполне соответствует концептуализациям этого конструкта [33].

Далее при изучении связей нарциссизма со структурами интеллектуально-личностного потенциала человека мы обратили внимание на свойства, отражающие динамическое отношение личности к неопределенности [3; 4]. Контроль неопределенности при принятии решений осуществляется личностью в интегративном взаимодействии ситуационных и диспозициональных факторов, где стабилизирующую роль выполняет образ мира, а свойства толерантности и интолерантности к неопределенности включаются в систему функциональной регуляции решений и действий человека [7; 9]. Можно выделить и латентные динамические профили свойств, отражающих разные стратегии и стили поведения и принятия решения в условиях неопределенности [8; 22].

При том что связи ТТ с чертами Большой пятерки, возрастом и полом уже обсуждались [1], до сих пор на российской выборке не проводились комплексные исследования связи нарциссизма с уровнями интеллекта и

с отношением к неопределенности. Последнее важно для психологического профиля лиц, в профессиональной деятельности которых выражены этапы принятия решений.

Общей **целью** исследования стала проверка предположений о том, что у студентов/аспирантов и менеджеров (среднего звена) нарциссизм может быть положительно связан с уровнями интеллекта и толерантности к неопределенности, что будет отвечать пониманию его как продуктивного, или «светлого», аспекта в рамках свойств Темной Триады. При этом предполагалось выявить различия во взаимосвязях личностных переменных между выборками менеджеров и студентов/аспирантов. Конкретными целями исследования стала проверка **гипотез**.

1. Выраженность нарциссизма у менеджеров (среднего звена) и студентов/аспирантов связана с показателем более высокого академического интеллекта (в качестве контргипотезы следует предполагать отрицательную корреляцию с измерениями интеллекта).

2. Можно ожидать отрицательную связь нарциссизма с толерантностью к неопределенности, учитывая противоречивую роль отношения к неопределенности у нарциссических личностей.

3. В выборке менеджеров можно ожидать проявление значимых связей нарциссизма с выраженностью черт Большой пятерки, которые устанавливались для других выборок: высокий уровень экстраверсии и открытости новому опыту, низкие согласие и эмоциональная стабильность.

Метод

Участники исследования. По отношению к первичной апробации опросника Темная Дюжина на российской выборке [5] число участников исследования, которым он предлагался, было существенно увеличено — до 1389 человек.

Схема исследования. Сравнивались интеркорреляции и высота измеренных переменных в двух группах: 1) менеджеров среднего звена — $N=62$; 51% женщин и 49% мужчин в возрасте от 22 до 58 лет ($M=37,60$; $SD=8,84$) с высшим образованием, имеющих в подчинении от 5 до 150 человек — у всех измерялся интеллект; 2) 1187 студентов и аспирантов г. Москвы — 69% женщин и 31% мужчин в возрасте от 17 до 40 лет ($M=22,37$; $SD=4,44$) — у 570 из них измерялся интеллект.

Число участников по бинарным пересечениям методик представлено в таблицах интеркорреляций (табл. 1, табл. 2, табл. 3).

Методики. Опросник «Темная Дюжина» в русскоязычной апробации Т.В. Корниловой с соавторами: направлен на измерение черт Темной Триады — макиавеллизма, психопатии, нарциссизма [5; 20].

Тест интеллекта *ICAR (International Cognitive Ability Resource)*: состоит из 4 субтестов для измерения флюидного и вербального интеллекта. Вербальные субшкалы взяты из теста *ROADS* [2; 14].

Новый опросник толерантности к неопределенности (НТН) в адаптации Т.В. Корниловой диагностирует три переменные: 1) толерантность к неопределенности (ТН): готовность к решениям и действиям в условиях неопределенности, к новым идеям, принятию сложности, изменчивости и противоречивости; 2) интолерантность к неопределенности (ИТН): неприятие неопределенности в суждениях и мнениях, стремление субъекта к ясности, к максимальной информированности; 3) межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН): нетерпимость к неопределенности в сфере межличностных отношений (субъект не терпит недоговоренностей и неопределенности в общении с другими, стремится к прояснению позиций) [3].

Краткий опросник Большой пятерки (КОБП или *TIPI*) измеряет экстраверсию, согласие, добросовестность, эмоциональную стабильность и открытость опыту [6].

Вследствие неравномерности количества участников в двух выборках, различия между выборками считались посредством критерия Манна—Уитни и применялся коэффициент корреляции Спирмена (r_s). Статистическая обработка данных проводилась в программе *IBM SPSS Statistics 22.0*.

Результаты

По переменным нарциссизма, макиавеллизма, экстраверсии, согласия и флюидному интеллекту выборки не различались (табл. 1).

На российской выборке студентов и аспирантов ($N=1187$) установлено, что нарциссизм значимо связан (при $p<0,01$) с макиавеллизмом ($r_s=0,36$), психопатией ($r_s=0,135$) и последние два свойства — между собой ($r_s=0,38$). На выборке менеджеров макиавеллизм значимо положительно связан с психопатией ($r_s=0,27$; $p<0,05$) и нарциссизмом ($r_s=0,61$; $p<0,01$), а последние два свойства не связаны.

3. С уровнями интеллекта (вербального и флюидного) свойства ТТ не связаны у менеджеров ($n=62$), но на выборке студентов и аспирантов ($n=245$) вербальный интеллект положительно связан с нарциссизмом ($r_s=0,136$; $p<0,05$), что позволяет принять для них гипотезу 1.

4. Со шкалами, отражающими отношение к неопределенности, свойства ТТ оказались связанными противоречиво (табл. 2). Нарциссизм на выборке студентов и аспирантов ($n=409$) положительно связан как с ТН

Таблица 1

Различия в высоте личностных переменных между выборками менеджеров и студентов/аспирантов

Шкалы	Группа	N	M	SD	U	P
Экстраверсия	М	53	8,25	3,35	30012	0,57
	СА	1187	8,38	2,67		
Согласие	М	53	8,68	2,64	30551	0,72
	СА	1187	8,72	2,09		
Добросовестность	М	53	11	3,19	22054	0,00
	СА	1187	9,62	2,82		
Стабильность	М	53	9,23	2,42	21510	0,00
	СА	1187	7,68	2,88		
Открытость опыту	М	53	8,58	3,24	19765	0,00
	СА	1187	10,64	2,08		
Толерантность к неопределенности	М	62	60,48	9,46	10475	0,03
	СА	409	63,21	8,32		
Интолерантность к неопределенности	М	62	61,10	9,47	10229	0,01
	СА	409	56,98	11,2		
Межличностная интолерантность к неопределенности	М	62	30,48	7,95	9419	0,00
	СА	409	34,05	7,17		
Макиавеллизм	М	62	10,63	4,4	36227	0,90
	СА	1187	10,61	4,0		
Психопатия	М	62	6,97	2,94	30108	0,02
	СА	1187	7,88	3,22		
Нарциссизм	М	62	12,71	3,82	33913	0,32
	СА	1180	13,28	3,64		
Флюидный интеллект	М	62	101,02	16,62	16529	0,24
	СА	587	97,71	14,25		
Вербальный интеллект	М	62	100,45	13,32	13016	0,01
	СА	537	94,17	17,37		

Примечание: М — менеджеры; СА — студенты/аспиранты; N — количество испытуемых; M — среднее значение высоты переменных; SD — стандартное отклонение; U — критерий Манна—Уитни; p — уровень значимости.

($r_s=0,161$; $p<0,01$), так и с МИТН ($r_s=0,17$; $p<0,01$). То есть в выборке студентов и аспирантов, лица с высоким нарциссизмом приемлют неопределенность, но не терпят неясности именно в межличностных отношениях. Гипотеза 2 отвергается, но с поправкой на интолерантность

к неопределенности нарциссических личностей во взаимоотношениях с другими людьми.

В выборке менеджеров нарциссизм значимо положительно связан с ТН ($r_s=0,29$; $p<0,05$), а психопатия — с ИТН ($r_s=0,31$; $p<0,05$).

Таблица 2

Связь свойств Темной Триады с толерантностью—интолерантностью к неопределенности

Шкалы	r_s ; p ; N	Макиавеллизм	Психопатия	Нарциссизм	ТН	ИТН	МИТН
Макиавеллизм	r_s	1	0,27	0,61	0,25	0,06	0,11
	p		0,04	0,00	0,05	0,65	0,42
	N		62	62	62	62	62
Психопатия	r_s	0,38	1	-0,001	-0,06	0,31	-0,06
	p			0,99	0,65	0,02	0,63
	N			1187	62	62	62
Нарциссизм	r_s	0,36	0,14	1	0,29	0,10	0,24
	p	0,00	0,00		0,02	0,45	0,06
	N	1187	1187		62	62	62
ТН	r_s	-0,04	0,04	0,16	1	-0,07	0,03
	p	0,41	0,44	0,001		0,59	0,84
	N	409	409	409		62	62
ИТН	r_s	-0,01	-0,05	0,01	-0,15	1	0,12
	p	0,80	0,31	0,78	0,00		0,35
	N	409	409	409	409		62
МИТН	r_s	0,05	-0,06	0,17	-0,11	0,32	1
	p	0,34	0,26	0,00	0,00	0,00	
	N	409	409	409	409	409	

Примечание: над диагональю представлены результаты для выборки менеджеров, под диагональю — студентов/аспирантов; r_s — коэффициент корреляции; p — уровень значимости; N — размер выборки.

Для выборки студентов и аспирантов установлены ожидавшиеся положительные связи нарциссизма с экстраверсией и открытостью опыту, а также отрицательная связь с эмоциональной стабильностью (табл. 3). Не установлена обсуждаемая в литературе связь с согласием. Для менеджеров выявлена только связь с экстраверсией.

Таблица 3

Связь свойств Темной Триады со свойствами Большой пятерки

Шкалы	r_s ; p ; N	Макиавеллизм	Психопатия	Нарциссизм	Экстраверсия	Согласие	Добросовестность	Стабильность	Открытость
Макиавеллизм	r_s	1	0,27	0,61	0,44	-0,22	-0,02	0,10	0,19
	p		0,04	0,001	0,001	0,12	0,90	0,49	0,19
	N		62	62	53	53	53	53	53
Психопатия	r_s	0,38	1	-0,01	-0,01	-0,40	0,23	0,23	-0,03
	p	0		0,99	0,94	0,001	0,10	0,09	0,83
	N	1187		62	53	53	53	53	53
Нарциссизм	r_s	0,36	0,14	1	0,36	-0,11	0,16	0,10	0,11
	p	0,001	0,001		0,01	0,45	0,25	0,48	0,45
	N	1187	1187		53	53	53	53	53
Экстраверсия	r_s	0,07	-0,06	0,23	1	0,00	-0,10	-0,26	0,73
	p	0,11	0,17	0,001		0,98	0,47	0,07	0,001
	N	504	504	504		53	53	53	53
Согласие	r_s	-,14	-,36	-0,03	0,10	1	-0,32	-0,24	0,20
	p	0,001	0,001	0,44	0,001		0,02	0,09	0,16
	N	504	504	504	1187		53	53	53
Добросовестность	r_s	-0,11	-0,15	-0,05	0,04	,06	1	0,41	-0,37
	p	0,01	0,001	0,23	0,15		0,03	0,001	0,01
	N	504	504	504	1187		1187	53	53
Эмоциональная стабильность	r_s	-0,02	0,10	-0,16	-0,07	0,15	,20	1	-0,42
	p	0,66	0,01	0,001	0,01	0,001		0,001	0,001
	N	504	504	504	1187	1187		1187	53
Открытость опыту	r_s	-0,01	-0,01	0,14	0,29	0,09	0,01	0,03	1
	p	0,86	0,83	0,001	0,001	0,001	0,68		0,40
	N	504	504	504	1187	1187	1187		1187

Примечание: над диагональю представлены результаты для выборки менеджеров, под диагональю — студентов/аспирантов; r_s — коэффициент корреляции; p — уровень значимости; N — размер выборки.

Обсуждение результатов

Сравнение интеркорреляций по опроснику Темной Дюжины показало, что у менеджеров гораздо выше связь нарциссизма с макиавеллиз-

мом и отсутствует связь с субклинической психопатией. Хотя в целом различий по высоте этих двух свойств Темной Дюжины между выборками нет. Значимо более низким у менеджеров стала выраженность субклинической психопатии. Видимо, низкий уровень психопатии является спецификой данной выборки менеджеров.

Нарциссизм может считаться наиболее уникальной из трех черт, так как связи этого свойства с другими свойствами Темной Триады ниже, чем связи двух других свойств между собой [27]. Но на российской выборке ослабление связи наблюдалось только для нарциссизма с психопатией, причем в группе менеджеров она вообще исчезала. В то же время связь нарциссизма с макиавеллизмом в этой группе оказалась даже выше, по сравнению с результатами других исследований [33].

Тот факт, что гипотеза 1 о связи между выраженностью нарциссизма и уровнями интеллекта оказалась принята для студентов и аспирантов в университете и не принята для менеджеров, ограничивает возможности ее обобщения. Поскольку по факторам интеллекта показатели у менеджеров выше (при незначимом различии по нарциссизму), можно предположить снижение (контроль) нарциссизма с возрастом, что соответствует российским данным об отрицательной связи всех свойств Темной Триады с возрастом [1].

В обоих выборках выраженность нарциссизма значимо положительно связана с толерантностью к неопределенности (причем у менеджеров эта связь выше). Напротив, увеличению интолерантности к неопределенности сопутствует усиление субклинической психопатии.

Видимо, это одна из «светлых» сторон нарциссизма — готовность к принятию нового, противоречивого, неопределенного (если только это не касается общения с другими людьми). Однако, как показывают интеркорреляции свойств Темной Триады с чертами Большой пятерки, связь с открытостью новому опыту не характеризует менеджеров.

Общей в обоих выборках оказывается связь нарциссизма с экстраверсией (в этой части гипотеза 3 принимается). Обнаруженные зарубежными исследователями связи нарциссизма со шкалами согласия и добросовестности на российских выборках не установлены. Но для студентов и аспирантов установлена связь нарциссизма с эмоциональной нестабильностью [12; 26; 31; 32], что соответствует пониманию Темной Триады как нестабильного личностного ядра.

Выводы

При различиях в уровне интеллекта между лицами, профессионально занятыми управленческой деятельностью (менеджерами), и обучающимися в университете (студентами и аспирантами), различий в уровне нар-

циссизма не установлено. Но при этом в выборке студентов и аспирантов большая выраженность нарциссизма сопутствует и более высокому вербальному интеллекту.

Связи нарциссизма с отношением к неопределенности позволяют поддержать гипотезу о том, что нарциссизм имеет «светлые» свойства (в рамках общих представлений о свойствах Темной Триады). Нарциссизм сопутствует готовности принимать неопределенность, но не в сфере межличностных отношений.

На большой выборке студентов и аспирантов установлены связи нарциссизма с эмоциональной нестабильностью, открытостью новому опыту и экстраверсией (но не с другими чертами Большой пятерки).

Спецификой лиц, профессионально занятых управленческим трудом, стали как отсутствие связей между нарциссизмом и субклинической психопатией, так и противоположная направленность связи толерантности и интолерантности к неопределенности с указанными свойствами. Применение методики на диагностику отношения к неопределенности позволяет тем самым давать дополнительную характеристику нарциссической личности в ее «светлом», т. е. положительно аспекте.

Благодарности

Благодарим М.С. Зиренко и А.Ю. Разваляеву за помощь в сборе данных по выборке студентов и аспирантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Егорова М.С., Ситникова М.А., Паришкова О.В.* Адаптация Короткого опросника Темной триады [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 43. Р. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.05.2019).
2. *Корнилов С.А., Григоренко Е.Л.* Методический комплекс для диагностики академических, творческих и практических способностей // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 2. С. 90—103.
3. *Корнилова Т.В.* Новый опросник толерантности—интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 1. С. 74—86.
4. *Корнилова Т.В.* Психология выбора как мыслительное и личностное опосредствование преодоления неопределенности // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 3. С. 113—124.
5. *Корнилова Т.В., Корнилов С.А., Чумакова М.А., и др.* Методика диагностики личностных черт Темной триады: апробация опросника Темная Дюжина // Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 2. С. 99—112.
6. *Корнилова Т.В., Чумакова М.А.* Апробация краткого опросника Большой пятерки (TIPI, КОБТ) // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 16.05.2019).
7. *Красавцева Ю.В., Корнилова Т.В.* Свойства Темной триады в регуляции стратегий принятия решений (на материале игровой задачи Айова — IGT) //

- Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». 2016. № 2. С. 22—33. doi:10.18384/2310-7235-2016-2-22-33
8. *Разваляева А.Ю.* Аprobация опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 146—163. doi:10.17759/cpp.2018260308
 9. *Смирнов С.Д., Чумакова М.А., Корнилова Т.В.* Образ мира в динамическом контроле неопределенности // Вопросы психологии. 2016. № 4. С. 3—13.
 10. *Соколова Е.Т.* Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 895 с.
 11. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
 12. *Besser A., Priel B.* Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection // Journal of Social and Clinical Psychology. 2010. Vol. 29 (8). P. 874—902. doi:10.1521/jscp.2010.29.8.874
 13. *Book A., Visser B.A., Volk A.A.* Unpacking “evil”: Claiming the core of the Dark Triad // Personality and Individual Differences. 2015. Vol. 73. P. 29—38. doi:10.1016/j.paid.2014.09.016
 14. *Condon D.M., Revelle W.* The International Cognitive Ability Resource: Development and initial validation of a public-domain measure // Intelligence. 2014. Vol. 43. P. 52—64. doi:10.1016/j.intell.2014.01.004
 15. *Crysel L.C., Crosier B.S., Webster G.D.* The Dark Triad and risk behavior // Personality and Individual Differences. 2013. Vol. 54 (1). P. 35—40. doi:10.1016/j.paid.2012.07.029
 16. *DeShong H.L., Helle A.C., Lengel G.J., et al.* Facets of the dark triad: Utilizing the five-factor model to describe Machiavellianism // Personality and Individual Differences. 2017. Vol. 105. P. 218—223. doi:10.1016/j.paid.2016.09.053
 17. *Furnham A., Marks J.* Tolerance of Ambiguity: A Review of the Recent Literature // Psychology. 2013. Vol. 4 (9). P. 717—728. doi:10.4236/psych.2013.49102
 18. *Furnham A., Richards S.C., Paulhus D.L.* The Dark Triad of Personality: a 10 year review // Social and Personality Psychology Compass. 2013. Vol. 7 (3). P. 199—216. doi:10.1111/spc3.12018
 19. *Jonason P.K., Li N.P., Teicher E.A.* Who is James Bond? The Dark Triad as an agentic social style // Individual Differences Research. 2010. Vol. 8 (2). P. 111—120.
 20. *Jonason P.K., Webster G.D.* The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad // Psychological Assessment. 2010. Vol. 22 (2). P. 420—432. doi:10.1037/a0019265
 21. *Karandikar S., Kapoor H., Fernandes S., et al.* Predicting moral decision-making with dark personalities and moral values // Personality and Individual Differences. 2019. Vol. 140. P. 70—75. doi:10.1016/j.paid.2018.03.048
 22. *Kornilov S.A., Chumakova M.A.* Individual differences in attitudes towards uncertainty: evidence for multiple latent profiles // Psychology in Russia: State of the Art. 2013. Vol. 6 (4). P. 94—108. doi:10.11621/pir.2013.0408
 23. *Kowalski R.M.* Behaving badly: Aversive behaviors in interpersonal relationships. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. doi:10.1037/10365-000
 24. *Kowalski C.M., Vernon P.A., Schermer J.A.* Vocational interests and dark personality: Are there dark career choices? // Personality and Individual Differences. 2017. Vol. 104. P. 43—47. doi:10.1016/j.paid.2016.07.029
 25. *Lammers C.H., Doering S.* Narzissmus und die narzisstische Persönlichkeitsstörung // PSYCH up2date. 2018. Vol. 12 (4). P. 331—345. doi:10.1055/a-0448-1506

26. Miller J.D., Lynam D.R., Vize C., et al. Vulnerable narcissism is (mostly) a disorder of neuroticism // *Journal of Personality*. 2018. Vol. 86 (2). P. 186—199. doi:10.1111/jopy.12303
27. Muris P., Merckelbach H., Ofgaar H., et al. The malevolent side of human nature: A meta-analysis and critical review of the literature on the dark triad (narcissism, Machiavellianism, and psychopathy) // *Perspectives on Psychological Science*. 2017. Vol. 12 (2). P. 183—204. doi:10.1177/17456916166666070
28. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy // *Journal of Research in Personality*. 2002. Vol. 36 (6). P. 556—563. doi:10.1016/S0092-6566(02)00505-6
29. Pineda D., Sandin B., Muris P. Psychometrics properties of the Spanish version of two Dark Triad scales: The Dirty Dozen and the Short Dark Triad [Электронный ресурс] // *Current Psychology*. 2018. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-018-9888-5> (дата обращения: 05.05.2019). doi:10.1007/s12144-018-9888-5
30. Raskin R.N., Hall C.S. A narcissistic personality inventory // *Psychological Reports*. 1979. Vol. 45 (2). P. 590. doi:10.2466/pr0.1979.45.2.590
31. Rhodewalt F., Madrian J.C., Cheney S. Narcissism, self-knowledge organization, and emotional reactivity: The effect of daily experiences on self-esteem and affect // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1998. Vol. 24 (1). P. 75—87. doi:10.1177/0146167298241006
32. Stucke T.S., Sporer S.L. When a grandiose self-image is threatened: Narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat // *Journal of Personality*. 2002. Vol. 70 (4). P. 509—532. doi:10.1111/1467-6494.05015
33. Vize C.E., Lynam D.R., Collison K.L., et al. Differences among dark triad components: A meta-analytic investigation // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018. Vol. 9 (2). P. 101—111. doi:10.1037/per0000222

NARCISSISM AS A “LIGHT” TRAIT IN THE DARK TRIAD

YU.V. KRASAVTSEVA*,

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia,
julia.k7@gmail.com

T.V. KORNILOVA**,

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
tvkornilova@mail.ru

For citation:

Krasavtseva Yu.V., Kornilova T.V. Narcissism as a “Light” Trait in the Dark Triad. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 65—80. doi: 10.17759/cpp.2019270405. (In Russ., abstr. in Engl.).

* Krasavtseva Yulia Vladimirovna, Teaching Assistant, Pedagogy and Medical Psychology Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, e-mail: julia.k7@gmail.com

** Kornilova Tatiana Vasilyevna, Doctor in Psychology, Professor, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, e-mail: tvkornilova@mail.ru

Narcissism may be seen as the most controversial trait of the Dark Triad, characterized by both negative and positive aspects. This study tested the hypotheses regarding the relationship between narcissism and intelligence, tolerance for uncertainty, and the Big Five traits. The sample included two groups of participants: 1) middle managers (N=62, Mage = 37.60, SD = 8.84); 2) undergraduate and postgraduate students (N=1187, Mage = 22.37, SD = 4.44). The Dark Triad traits were measured using the Dirty Dozen questionnaire. The following measures were used: 2 subtests for fluid intelligence from the International Cognitive Ability Resource (ICAR) and 2 subscales for verbal intelligence from the Rapid Online Assessment Deployment System (ROADS); New Questionnaire for Tolerance of Uncertainty; and the Ten Item Personality Inventory (TIPI). For students, a relationship between narcissism was established with the following variables: verbal intelligence ($p < 0.05$); tolerance to uncertainty ($p < 0.05$) and interpersonal intolerance ($p < 0.01$). For managers, narcissism was also linked to tolerance to uncertainty ($p < 0.05$). Positive correlations between narcissism, extroversion, and openness to experience and a negative relationship with emotional stability were established among students. It is concluded that the relationship between narcissism, verbal intelligence, and tolerance for uncertainty reflects the “light” side of narcissism.

Keywords: narcissism, Dark Triad, Dirty Dozen, Big Five, TIPI, tolerance and intolerance of uncertainty, intelligence.

Acknowledgements

We thank M.S. Zirenko and A.Yu. Razvalyaeva for their contribution to data collection on the student sample.

REFERENCES

1. Egorova M.S., Sitnikova M.A., Parshikova O.V. Adaptatsiya Korotkogo oprosnika Temnoi triady [Adaptation of the Short Dark Triad] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*, 2015. Vol. 8 (43), p. 1. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 10.05.2019).
2. Kornilov C.A., Grigorenko E.L. Metodicheskii kompleks dlya diagnostiki akademicheskikh, tvorcheskikh i prakticheskikh sposobnostei [Procedural complex for assessment of academic, creative and practical abilities]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2010. Vol. 31 (2), pp. 90—103.
3. Kornilova T.V. Novyi oprosnik tolerantnosti—intolerantnosti k neopredelennosti [New Questionnaire of Tolerance for Uncertainty]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2010. Vol. 31 (1), pp. 74—86.
4. Kornilova T.V. Psikhologiya vybora kak myslitel'noe i lichnostnoe oposredstvovanie preodoleniya neopredelennosti [Psychology of choice and decision making as cognitive and personality moderated overcoming of uncertainty]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2016. Vol. 37 (3), pp. 113—124.
5. Kornilova T.V., Kornilov S.A., Chumakova M.A., i dr. Metodika diagnostiki lichnostnykh chert Temnoi triady: aprobatsiya oprosnika Temnaya Dyuzhina [The Dark Triad personality traits measure: Approbation of the Dirty Dozen questionnaire]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2015. Vol. 36 (2), pp. 99—112.

6. Kornilova T.V., Chumakova M.A. Aprobatsiya kratkogo oprosnika Bol'shoi pyaterki (TIPI, KOBT) [Development of the Russian version of the brief Big Five questionnaire (TIPI)]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2016. Vol. 9 (46), p. 5. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 16.05.2019).
7. Krasavtseva Yu.V., Kornilova T.V. Svoistva Temnoi triady v regulatsii strategii prinyatiya reshenii (na materiale igrovoi zadachi Aiova — IGT) [The Dark Triad traits in the regulation of decision-making strategies]. *Vestnik MGOU. Seriya "Psikhologicheskie nauki"* [Bulletin of the Moscow Region State University. Series: Psychological sciences], 2016, no. 2, pp. 22—33. doi:10.18384/2310-7235-2016-2-22-33
8. Razvalyaeva A.Yu. Aprobatsiya oprosnika «Tendentsii v prinyatii reshenii» na russkoyazychnoi vyborke [Approval of the Decision Making Tendency Inventory in the Russian Sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26 (3), pp. 146—163. doi:10.17759/cpp.2018260308 (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Smirnov S.D., Chumakova M.A., Kornilova T.V. Obraz mira v dinamicheskom kontrole neopredelennosti [Image of the world in a dynamic control of ambiguity]. *Voprosy Psikhologii*, 2016, no. 4, pp. 3—13.
10. Sokolova E.T. Klinicheskaya psikhologiya utraty Ya [Clinical psychology of the loss of Self]. Moscow: Smysl, 2015. 895 p.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
12. Besser A., Priel B. Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2010. Vol. 29 (8), pp. 874—902. doi:10.1521/jscp.2010.29.8.874
13. Book A., Visser B.A., Volk A.A. Unpacking “evil”: Claiming the core of the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 2015. Vol. 73, pp. 29—38. doi:10.1016/j.paid.2014.09.016
14. Condon D.M., Revelle W. The International Cognitive Ability Resource: Development and initial validation of a public-domain measure. *Intelligence*, 2014. Vol. 43, pp. 52—64. doi:10.1016/j.intell.2014.01.004
15. Crysel L.C., Crosier B.S., Webster G.D. The Dark Triad and risk behavior. *Personality and Individual Differences*, 2013. Vol. 54 (1), pp. 35—40. doi:10.1016/j.paid.2012.07.029
16. DeShong H.L., Helle A.C., Lengel G.J., et al. Facets of the dark triad: Utilizing the five-factor model to describe Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 2017. Vol. 105, pp. 218—223. doi:10.1016/j.paid.2016.09.053
17. Furnham A., Marks J. Tolerance of Ambiguity: A Review of the Recent Literature. *Psychology*, 2013. Vol. 4 (9), pp. 717—728. doi:10.4236/psych.2013.49102
18. Furnham A., Richards S.C., Paulhus D.L. The Dark Triad of Personality: a 10 year review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2013. Vol. 7 (3), pp. 199—216. doi:10.1111/spc3.12018
19. Jonason P.K., Li N.P., Teicher E.A. Who is James Bond? The Dark Triad as an agentic social style. *Individual Differences Research*, 2010. Vol. 8 (2), pp. 111—120.
20. Jonason P.K., Webster G.D. The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad. *Psychological Assessment*, 2010. Vol. 22 (2), pp. 420—432. doi:10.1037/a0019265

21. Karandikar S., Kapoor H., Fernandes S., et al. Predicting moral decision-making with dark personalities and moral values. *Personality and Individual Differences*, 2019. Vol. 140, pp. 70—75. doi:10.1016/j.paid.2018.03.048
22. Kornilov S.A., Chumakova M.A. Individual differences in attitudes towards uncertainty: evidence for multiple latent profiles. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013. Vol. 6 (4), pp. 94—108. doi:10.11621/pir.2013.0408
23. Kowalski R.M. Behaving badly: Aversive behaviors in interpersonal relationships. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. doi:10.1037/10365-000
24. Kowalski C.M., Vernon P.A., Schermer J.A. Vocational interests and dark personality: Are there dark career choices? *Personality and Individual Differences*, 2017. Vol. 104, pp. 43—47. doi:10.1016/j.paid.2016.07.029
25. Lammers C.H., Doering S. Narzissmus und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date*, 2018. Vol. 12 (4), pp. 331—345. doi:10.1055/a-0448-1506
26. Miller J.D., Lynam D.R., Vize C., et al. Vulnerable narcissism is (mostly) a disorder of neuroticism. *Journal of Personality*, 2018. Vol. 86 (2), pp. 186—199. doi:10.1111/jopy.12303
27. Muris P., Merckelbach H., Otgaar H., et al. The malevolent side of human nature: A meta-analysis and critical review of the literature on the dark triad (narcissism, Machiavellianism, and psychopathy). *Perspectives on Psychological Science*, 2017. Vol. 12 (2), pp. 183—204. doi:10.1177/1745691616666070
28. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 2002. Vol. 36 (6), pp. 556—563. doi:10.1016/S0092-6566(02)00505-6
29. Pineda D., Sandín B., Muris P. Psychometrics properties of the Spanish version of two Dark Triad scales: The Dirty Dozen and the Short Dark Triad [Elektronnyi resurs]. *Current Psychology*, 2018. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-018-9888-5> (Accessed 05.05.2019). doi:10.1007/s12144-018-9888-5
30. Raskin R.N., Hall C.S. A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 1979. Vol. 45 (2), p. 590. doi:10.2466/pr0.1979.45.2.590
31. Rhodewalt F., Madrian J.C., Cheney S. Narcissism, self-knowledge organization, and emotional reactivity: The effect of daily experiences on self-esteem and affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1998. Vol. 24 (1), pp. 75—87. doi:10.1177/0146167298241006
32. Stucke T.S., Sporer S.L. When a grandiose self-image is threatened: Narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. *Journal of Personality*, 2002. Vol. 70 (4), pp. 509—532. doi:10.1111/1467-6494.05015
33. Vize C.E., Lynam D.R., Collison K.L., et al. Differences among dark triad components: A meta-analytic investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2018. Vol. 9 (2), pp. 101—111. doi:10.1037/per0000222

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

ФАКТОРЫ РИСКА И ХРОНИФИКАЦИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА: БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Т.В. ДОВЖЕНКО*,
МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
dtv99@mail.ru

Д.М. ЦАРЕНКО**,
МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
dropship@rambler.ru

Для цитаты:

Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю. Факторы риска и хронификации биполярного аффективного расстройства: биологические и психосоциальные аспекты // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 81—97. doi: 10.17759/cpp.2019270406

* *Довженко Татьяна Викторовна*, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: dtv99@mail.ru

** *Царенко Дмитрий Михайлович*, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: dropship@rambler.ru

Т.Ю. ЮДЕЕВА***,
МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
tatiana.yudeeva@yandex.ru

В обзоре литературы приведены результаты эпидемиологических исследований биполярного аффективного расстройства (БАР). Подробно рассмотрены биологические факторы риска и неблагоприятного течения БАР, в том числе генетические (БАР как генетически детерминированное расстройство, имеющее общие неспецифические генетические факторы риска с расстройствами депрессивного и шизофренического спектра). Рассмотрены данные о нарушениях различных нейротрансмиттерных систем, которые могут играть роль в патогенезе заболевания. Проанализированы результаты исследований биологических маркеров в крови, а также морфологических нарушений в структурах головного мозга при БАР. В качестве психосоциальных факторов БАР рассмотрены стрессовые ситуации, которые могут усугубить проявления генетической, биохимической предрасположенности, а также нарушения эмоциональных и когнитивных психических процессов, нейрокогнитивный дефицит, дисфункциональные семейные отношения.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство (БАР), психосоциальные факторы БАР, биологические факторы БАР.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) — хроническое заболевание, проявляющееся чередованием аффективных фаз (подъемы, спады и смешанные состояния). БАР характеризуется наличием эпизодов нарушения настроения, нейропсихологическим дефицитом, биохимическими, физиологическими изменениями, нарушениями повседневного и социального функционирования [32]. Этиология заболевания остается недостаточно изученной, однако в последнее десятилетие появляется все больше свидетельств генетических нарушений, лежащих в основе патогенеза, выделяются факторы риска заболевания, особенности продромального периода, исследуются взаимодействия генов и условий среды.

Эпидемиология биполярного аффективного расстройства

Метаанализ, включающий 25 исследований, показал, что общая распространенность на протяжении жизни составляет 1,06% и 1,57% для БАР

*** Юдеева Татьяна Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

I и II типа соответственно [9]. Большинство рассмотренных исследований в данном метаанализе проведены в Северной или Южной Америке. Аналогичные данные получены в Великобритании, Германии и Италии [17], а в систематическом обзоре исследований из африканских стран была обнаружена распространенность в течение жизни от 0,1% до 1,83% [16].

В России проведено мало исследований, посвященных эпидемиологии БАР, что затрудняет анализ показателей распространенности. Согласно данным статистики деятельности психиатрических служб в Российской Федерации, общая распространенность БАР, включая психотические формы, в 2013 г. составила 8,52 человек на 100 тыс. населения (не более 0,001%) [1], что на несколько порядков ниже, чем в зарубежных исследованиях.

К настоящему времени в многочисленных исследованиях накоплены данные, показывающие, что развитию и неблагоприятному течению БАР способствует целый ряд факторов, включающий биологические и психосоциальные аспекты. В статье рассматриваются эти факторы с учетом анализа последних исследований.

Биологические факторы риска и неблагоприятного течения биполярного аффективного расстройства

К биологическим факторам риска и неблагоприятного течения БАР относят: генетические, биохимические, нейроанатомические и нейрофизиологические, пренатальные и перинатальные, социально-биологические, хронобиологические, диетические факторы.

Важную роль в риске развития БАР играют наследственные факторы. Многочисленные исследования показывают, что это заболевание является одним из наиболее генетически детерминированных. Риск возникновения болезни среди родственников первой степени родства приблизительно в 7 раз выше, чем в общей популяции [11]. По оценкам специалистов, риск возникновения БАР у ребенка, один родитель которого болеет БАР, составляет 30—35%. Для потомства пары, в которой оба родителя имеют БАР, риск составляет приблизительно 70—75% [6].

Наследуются также отдельные аспекты заболевания, и прежде всего это относится к суицидальному поведению (наследуемость достигает 43%), в формировании которого генетические факторы играют не меньшую роль, чем клинические или психосоциальные [19].

При этом ряд исследований свидетельствует о наличии общего неспецифического генетического риска между БАР, шизофренией, аутизмом, шизоаффективным и рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) [29; 44].

Наследование биполярности явно не соответствует менделевской схеме. В исследованиях не выявлены отдельные гены, тесно ассоциированные с данным расстройством. При этом установлено, что генетический риск частично обусловлен множественными однонуклеотидными полиморфизмами, которые в целом широко распространены среди населения и в каждом индивидуальном случае способствуют только небольшому повышению риска развития заболевания [12]. В целом, данные свидетельствуют об агрегированном полигенном риске наследования БАР.

БАР, особенно I типа, имеет важный генетический фактор риска с установленным участием ряда генов — кодирующих BDNF, генов ANK3, COMT, CACNA1C, ODZ4, CLOCK и ряда других [18; 39].

В последнее время особый интерес вызывают эпигенетические исследования, привлекающие внимание к роли взаимодействия генов и среды в манифестации БАР. Так, в нескольких исследованиях показано наличие у пациентов с БАР взаимодействия между тяжелыми стрессами в период детства и полиморфизмами гена нейротрофического фактора BDNF [35].

Еще одним перспективным направлением генетических исследований являются работы, посвященные ранней идентификации нонреспондеров лекарственной терапии. Развитие фармакогенетики может существенно повлиять на успешность фармакологического лечения БАР и, как следствие, на более благоприятное течение заболевания [8].

Нарушения нескольких важных нейротрансмиттерных систем могут играть роль в этиопатогенезе БАР и являться фактором риска развития этого заболевания. Усиление адренергической, норадренергической, дофаминергической передач способствует развитию мании, а снижение этих медиаторов вызывает депрессию. Интересны данные, указывающие на вклад глутамата в развитие БАР и униполярной депрессии. Постмертное исследование лобных долей больных этими расстройствами показало увеличение уровня глутамата [22].

Успешное применение блокаторов кальциевых каналов для лечения мании может свидетельствовать о значении в развитии БАР нарушения регуляции внутринейронного обмена кальция, что подтверждается экспериментальными и генетическими данными [21].

Кроме того, появляется все больше исследований, посвященных значению митохондриальной дисфункции, воспаления и окислительного стресса в развитии БАР [3].

Гормональные дисбалансы, нарушения гипоталамо-гипофизарно-надпочечной оси, патология щитовидной железы также могут являться факторами риска развития БАР [27].

Актуальными являются исследования биологических маркеров БАР в крови. В подобных работах обнаружены различные белки, тесно связанные с расстройствами настроения, включая БАР. В частности, одно

из последних исследований показало повышение уровня известного биомаркера воспаления С-реактивного белка во всех фазах БАР, причем более существенно в мании [41]. Повышенный уровень мочевой кислоты в крови исследователи считают прогностическим фактором конверсии униполярной депрессии в БАР [14].

Морфологические изменения в центральной нервной системе, негативно влияющие на нейронные функциональные связи, также могут являться фактором риска развития и неблагоприятного течения БАР. В частности, внимание исследователей сфокусировано на морфофункциональных нарушениях в белом и сером веществе мозга, мозолистом теле, миндалевидном теле, подполях гипокампа [25].

Вместе с тем все чаще подчеркивается роль нарушений нейрогенеза и процессов апоптоза в этиопатогенезе БАР [23]. В связи с этим представляются перспективными нейрофизиологические исследования. В многочисленных работах показано значение данных ЭЭГ как факторов риска и неблагоприятного течения заболевания [45].

Ряд исследований указывают на связь перинатальных инфекций с некоторыми психическими расстройствами, включая БАР. Однако исследования ассоциаций между БАР и 10 инфекционными заболеваниями не обнаружили связи БАР с вирусами Эпштейна-Барр, герпеса человека или ветряной оспы. Данные о связи БАР с цитомегаловирусной инфекцией и гриппом у матери оказались противоречивыми и требующими дальнейшего уточнения. При этом получены более убедительные доказательства связи между риском развития БАР и серопозитивной токсоплазменной инфекцией [13].

БАР имеет гендерные особенности. В некоторых исследованиях показано, что пол является фактором риска более раннего развития БАР и может оказывать влияние на течение заболевания. У мужчин БАР начинается раньше, чем у женщин, при этом первой фазой у них чаще бывает маниакальная, а у женщин — депрессивная [37]. Мужчины с БАР подвергаются более высокому риску смерти от самоубийства, чем женщины, среди которых частота завершенных суицидов меньше. У женщин манифестация заболевания часто связана с менструально-генеративной функцией и периодами гормональной перестройки в организме (пубертатный, послеродовой период, климактерий) [7].

Другим важным фактором риска является возраст манифестации заболевания. Большинство авторов придерживаются мнения, что начало БАР в детском и подростковом возрасте ассоциировано с худшим прогнозом. Подростки, у которых диагностировано БАР, подвергаются более высокому риску самоубийства, чем подростки с другими поведенческими нарушениями. Внутрисемейный конфликт и злоупотребление психоактивными веществами экспоненциально увеличивают этот риск [4].

Современные исследования указывают на высокое значение хронобиологических механизмов как факторов риска развития и течения БАР, и подчеркивают их роль в реализации различных методов терапии [2]. В этиопатогенезе БАР принимают участие не только сезонные факторы, включая инсоляцию, но и нарушения цикла сна—бодрствования. Особенности гена CLOCK, регулирующего циркадные ритмы, исследуются на моделях мании у животных. Показано, что животные с удалением этого гена становятся гиперактивными и мало спят. Такое состояние нормализуется при лечении литием, который влияет на биохимию циркадной активности [40].

В последнее время появляется все больше исследований, посвященных влиянию состояния микробиомы и микробиоты кишечника на развитие депрессивных и маниакальных эпизодов. В ряде работ, сфокусированных на особенностях питания и пищевого поведения, показано, что особенности диеты и индекс массы тела могут быть прогностическими факторами у пациентов с БАР [20].

Психосоциальные факторы риска и неблагоприятного течения биполярного аффективного расстройства

В качестве психосоциальных факторов риска и неблагоприятного течения БАР выделяются стрессогенные события, нарушения в сферах эмоциональных и когнитивных психических процессов, семейные процессы.

В ряде случаев цикличность при БАР может быть непосредственно связана с внешними стрессовыми ситуациями или внешние негативные факторы среды могут усугубить и способствовать проявлению генетической или биохимической предрасположенности к БАР. Так, двухгодичное наблюдение за биполярными амбулаторными пациентами обнаружило, что больные с высоким уровнем жизненного стресса в 4,5 раза более склонны к рецидиву расстройства настроения, чем пациенты с низким уровнем жизненного стресса [15].

События, которые могут вызвать сбой в повседневной жизни (транс-континентальные авиаперелеты, смена графика работы и т. п.) или сбой циркадных циклов, позволяют с очень большой вероятностью предсказать ухудшение эмоционального состояния пациента с БАР. Такие события происходят в течение 8-недельного периода перед эпизодом и чаще приводят к гипомании, чем к депрессии [31].

Стресс, связанный с жестоким обращением в детском возрасте, один из хорошо изученных факторов риска БАР. Тяжесть пережитых стрессов в детстве, по-видимому, связана с более тяжелыми и частыми эпизодами

нарушения настроения, ранним началом, повышенным риском самоубийства и злоупотреблением ПАВ.

Недавний метаанализ [42], посвященный проблемам в детском возрасте у пациентов с БАР в сравнении со здоровым контролем, выявил существенную связь между развитием БАР и физическим, сексуальным и эмоциональным насилием в детстве, а также физическим и эмоциональным отвержением. Самая большая ассоциация была связана с эмоциональным насилием, которое встречалось в 4 раза чаще у биполярных пациентов, чем в контрольной группе. Также результаты исследований показывают, что раннее несчастье, пережитое в детском возрасте, оказывает сенсibiliзирующее воздействие на биполярных пациентов, делая их восприимчивыми к воздействию актуальных стрессоров, в особенности мелких негативных событий [42].

У пациентов с БАР наблюдается полярность как в аффективной, так и в когнитивной сферах, что проявляется в экстремальном, поляризованном мышлении, обнаруживаются экстремальные дисфункциональные убеждения (как позитивного, так и негативного содержания) [43]. Эти особенности рассматриваются как предикторы расстройств и факторы риска колебаний настроения.

Помимо дефицита ментализации, выявленного у больных БАР, пациенты также обнаруживают нарушения эмпатических способностей [42].

В настоящее время появляются данные, свидетельствующие о том, что способность к созданию адекватной модели психического (*theory of mind*, *ToM*) нарушается при биполярном расстройстве. Как свидетельствует один из недавних метаанализов, все показатели модели психического (аффективные, когнитивные, вербальные и визуальные) у пациентов с БАР значительно ниже по сравнению с контрольной группой. Дефицит модели психического был значительно более тяжелым во время острых эпизодов [5]. Авторы приходят к выводу о том, что этот дефицит может способствовать значительным межличностным проблемам.

Одна из центральных ролей в патогенезе БАР отводится нарушению эмоций. В исследованиях показано, что основные нарушения связаны с подавлением эмоций и их переоценкой [24]. Сильные негативные эмоции, слабые позитивные в сочетании с подавлением эмоций связаны с более низким функционированием. При этом позитивный аффект считается пациентами признаком субъективного счастья. Тем не менее, слишком высокий уровень положительного аффекта связан с риском мании и гипомании.

Большинство исследований, посвященных нейрокогнитивной дисфункции при БАР в различных фазах заболевания, в том числе и в состоянии ремиссии, подтверждают наличие отклонений от нормы основных когнитивных процессов на протяжении всех фаз, с выраженным ухудше-

нием в периоды острых состояний [28]. Получены данные о нарушениях скорости обработки информации, функций внимания, оперативной и долгосрочной памяти и исполнительных функций. Нейрокогнитивный дефицит при БАР служит важным аспектом психосоциального функционирования, а возможность восстановления когнитивных функций является важной терапевтической задачей.

Биполярное расстройство является серьезным заболеванием, которое затрагивает не только самого пациента, но и всю его семью.

Идея о влиянии на течение БАР стресса, семейных отношений отслеживается с самых ранних исследований МДП, проведенных Э. Крепелиным [26] и отмеченных в наблюдениях психоаналитиков [10].

Последние исследования показывают, что семьи пациентов с БАР значительно хуже функционируют в сравнении со здоровыми. Дисфункции обнаружены по параметрам: решение проблем, эмоциональная отзывчивость, контроль поведения, аффективное участие, связи между членами семьи и распределение ролей. Полученные результаты не зависят от возраста, IQ и социально-экономического статуса. Возможно, дети, выросшие в дисфункциональной семье, во взрослой жизни репродуцируют усвоенные в детстве дисфункции [30]. Отмечается, что активное участие семьи в лечении пациентов с БАР улучшает исход лечения [38].

В одном из исследований показано, что пациенты с диагнозом БАР, вернувшиеся после госпитализации в семьи с высоким индексом негативной эмоциональной экспрессии (с преобладанием негативного аффекта матери к пациенту), демонстрировали рецидив в течение 9 месяцев [34].

В целом, выражение эмоций в семье во время острого рецидива у пациентов с БАР напрямую связано с частотой рецидивов и рассматривается в качестве прогностического индикатора течения расстройства [33].

При этом предлагается модульная семейная терапия пациентов, страдающих БАР, не только состоящая из психообразовательной программы, но и направленная на повышение качества связей между членами семьи и выработку навыков решения проблем. Такая семейная терапия является эффективным дополнением к фармакотерапии для пациентов с биполярным расстройством, особенно на его ранних стадиях [36].

Очень важно при лечении пациентов с БАР не пренебрегать психосоциальными методами лечения, которые должны использоваться в комбинации с лекарственной терапией как основным методом. Отмечается, что на фоне генетических, биологических и когнитивных уязвимостей большое влияние оказывает семья пациента [33], что подразумевает работу с межличностными отношениями, тренинг социальных навыков, психообразование.

Выводы

В настоящее время выявлены многочисленные биологические и психосоциальные факторы риска БАР, большинство из которых не являются специфическими для биполярного расстройства. Для некоторых факторов имеются убедительные данные, подтверждающие их связь с биполярным расстройством, но при этом доказательства их причинности остаются слабыми.

Возрастает интерес к роли специфических взаимодействий генов и окружающей среды, а также в целом к взаимосвязи биологических и психосоциальных факторов риска и неблагоприятного течения БАР.

Для повышения эффективности ведения пациентов с БАР, улучшения прогноза течения БАР необходимы учет биологических и психосоциальных факторов, проведение комбинированного лечения, предполагающего использование не только биологических методов, но и психотерапии (индивидуальной и семейной).

Особое внимание для профилактики БАР необходимо уделять детям, чьи родители (или хотя бы один из них) страдают этим заболеванием. В этом случае факторами риска служат не только биологические предпосылки, но и семейные дисфункции, влияющие на психическое развитие ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Сидорюк О.В., и др. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005—2013 гг.): Статистический справочник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 572 с.
2. Хронобиологическая гипотеза аффективных расстройств / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: Аванпорт. 2014. 352 с.
3. Adzic M., Brkic Z., Bulajic S., et al. Antidepressant Action on Mitochondrial Dysfunction in Psychiatric Disorders // Drug Development Research. 2016. Vol. 77 (7). P. 400—406. doi:10.1002/ddr.21332
4. Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder // American Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 164 (4). P. 537—539. doi:10.1176/ajp.2007.164.4.537
5. Bora E., Bartholomeusz C., Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder // Psychological Medicine. 2016. Vol. 46 (2). P. 253—264. doi:10.1017/S0033291715001993
6. Chang K.D., Steiner H., Ketter T.A. Psychiatric Phenomenology of Child and Adolescent Bipolar Offspring // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000. Vol. 39 (4). P. 453—460. doi:10.1097/00004583-200004000-00014
7. Chaudron L.H., Pies R.W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review // Journal of Clinical Psychiatry. 2003. Vol. 64 (11). P. 1284—1292. doi:10.4088/JCP.v64n1102

8. *Chen C.-H., Lee C.-S., Lee M.-T., et al.* Variant GADL1 and response to lithium therapy in bipolar I disorder // *New England Journal of Medicine*. 2014. Vol. 370 (2). P. 119—128. doi:10.1056/NEJMoa1212444
9. *Clemente A.S., Diniz B.S., Nicolato R., et al.* Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature // *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 37 (2). P. 155—161. doi:10.1590/1516-4446-2012-1693
10. *Cohen M., Baker G., Cohen R.A., et al.* An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis // *Psychiatry*. 1954. Vol. 17 (2). P. 103—137.
11. *Craddock N., Jones I.* Genetics of Bipolar Disorder // *Journal of Medical Genetics*. 1999. Vol. 36 (8). P. 585—594. doi:10.1136/jmg.36.8.585
12. *Craddock N., Sklar P.* Genetics of Bipolar Disorder // *Lancet*. 2013. Vol. 381 (9878). P. 1654—1662. doi:10.1016/S0140-6736(13)60855-7
13. *De Barros J.L., Barbosa I.G., Salem H., et al.* Is there any association between *Toxoplasma gondii* infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 209. P. 59—65. doi:10.1016/j.jad.2016.11.016
14. *Dos Santos Oliveira P.M., Santos V., Coroa M., et al.* Serum uric acid as a predictor of bipolarity in individuals with a major depressive episode // *Bipolar Disorders*. 2019. Vol. 21 (3). P. 235—243. doi:10.1111/bdi.12708
15. *Ellicott A., Hammen C., Gitlin, M., et al.* Life events and the course of bipolar disorder // *American Journal of Psychiatry*. 1990. Vol. 147 (9). P. 1194—1198. doi:10.1176/ajp.147.9.1194
16. *Esan O., Esan A.* Epidemiology and burden of bipolar disorder in Africa: a systematic review of data from Africa // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016. Vol. 51 (1). P. 93—100. doi:10.1007/s00127-015-1091-5
17. *Fajutrao L., Locklear J., Priaux J., et al.* A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe [Электронный ресурс] // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2009. Vol. 5 (1). P. 3. URL: <https://crementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-5-3> (дата обращения: 25.02.19). doi:10.1186/1745-0179-5-3
18. *Ferreira M.A., O'Donovan M.C., Meng Y.A., et al.* Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder // *Nature Genetics*. 2008. Vol. 40 (9). P. 1056—1058. doi:10.1038/ng.209
19. *Gonda X., Pompili M., Serafini G., et al.* Suicidal Behavior in Bipolar Disorder: Epidemiology, Characteristics and Major Risk Factors // *Journal of Affective Disorders*. 2012. Vol. 143 (1—3). P. 16—26. doi:10.1016/j.jad.2012.04.041
20. *Gondalia S., Parkinson L., Stough C., et al.* Gut microbiota and bipolar disorder: a review of mechanisms and potential targets for adjunctive therapy // *Psychopharmacology*. 2019. Vol. 236 (5). P. 1433—1443. doi:10.1007/s00213-019-05248-6
21. *Guo X., Liu D., Wang T., et al.* Aetiology of bipolar disorder: contribution of the L-type voltage-gated calcium channels [Электронный ресурс] // *General Psychiatry*. 2019. Vol. 32 (2). URL: <https://www.gpsych.bmj.com/content/32/2/e100009> (дата обращения: 03.07.2019). doi:10.1136/gpsych-2018-100009
22. *Hashimoto K., Sawa A., Iyo M.* Increased levels of glutamate in brains from patients with mood disorders // *Biological Psychiatry*. 2007. Vol. 62 (11). P. 1310—1316. doi:10.1016/j.biopsych.2007.03.017

23. Hayashi Y., Jinnou H., Sawamoto K., et al. Adult neurogenesis and its role in brain injury and psychiatric diseases // Journal of Neurochemistry. 2018. Vol. 147 (5). P. 584—594. doi:10.1111/jnc.14557
24. Johnson S.L., Tharp J.A., Peckham A.D., et al. Emotion in Bipolar I Disorder: Implications for Functional and Symptom Outcomes // Journal of Abnormal Psychology. 2016. Vol. 125 (1). P. 40—52. doi:10.1037/abn0000116
25. Johnston J.A., Wang F., Liu J., et al. Multimodal Neuroimaging of Frontolimbic Structure and Function Associated with Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults with Bipolar Disorder // American Journal of Psychiatry. 2017. Vol. 174 (7). P. 667—675. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15050652
26. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: Livingstone, 1921. 280 p.
27. Krishna V.N., Thunga R., Unnikrishnan B., et al. Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction // Asian Journal of Psychiatry. 2013. Vol. 6 (1). P. 42—45. doi:10.1016/j.ajp.2012.08.003
28. Kurz M., Gerraty R. A Meta-analytic Investigation of Neurocognitive Deficits in Bipolar Illness: Profile and Effects of Clinical State // Neuropsychology. 2009. Vol. 23 (5). P. 551—562. doi:10.1037/a0016277
29. Lichtenstein P., Yip B.H., Bjork C., et al. Common Genetic Determinants of Schizophrenia and Bipolar Disorder in Swedish Families: A Population-Based Study // Lancet. 2009. Vol. 373 (9659). P. 234—239. doi:10.1016/S0140-6736(09)60072-6
30. MacPherson H.A., Ruggieri A.L., Christensen R.E., et al. Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder // Journal of Affective Disorders. 2018. Vol. 235. P. 574—582. doi:10.1016/j.jad.2018.04.078
31. Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., et al. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation // Archives of General Psychiatry. 1998. Vol. 55 (8). P. 702—707. doi:10.1001/archpsyc.55.8.702
32. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013. Vol. 128 (3). P. 179—193. doi:10.1111/acps.12087
33. Miklowitz D.J., Alloy L.B. Psychosocial Factors in the Course and Treatment of Bipolar Disorder: Introduction to the Special Section // Journal of Abnormal Psychology. 1999. Vol. 108 (4). P. 555—557. doi:10.1037/0021-843X.108.4.555
34. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., et al. Family factors and the course of bipolar affective disorder // Archives of General Psychiatry. 1988. Vol. 45 (3). P. 225—231. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800270033004
35. Misiak B., Stramecki F., Gaweda L., et al. Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review // Molecular Neurobiology. 2018. Vol. 55 (6). P. 5075—5100. doi:10.1007/s12035-017-0708-y
36. Morris C.D., Miklowitz D.J., Waxmonsky J.A. Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth // Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63 (5). P. 433—445. doi:10.1002/jclp.20359

37. Nivoli A.M., Pacchiarotti I., Rosa A.R., et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity // *Journal of Affective Disorders*. 2011. Vol. 133 (3). P. 443—449. doi:10.1016/j.jad.2011.04.055
38. Perlick D.A., Rosenheck R.A., Clarkin J.F., et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder // *Psychiatric Services*. 2004. Vol. 55 (9). P. 1029—1035. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1029
39. *Psychiatric GWAS Consortium Bipolar Disorder Working Group*. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4 // *Nature Genetics*. 2011. Vol. 43 (10). P. 977—983. doi:10.1038/ng.943
40. Roybal K., Theobald D., Graham A., et al. Mania-like behavior induced by disruption of CLOCK // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007. Vol. 104 (15). P. 6406—6411. doi:10.1073/pnas.0609625104
41. Sanchez-Autet M., Arranz B., Safont G., et al. Gender differences in C-reactive protein and homocysteine modulation of cognitive performance and real-world functioning in bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 229. P. 95—104. doi:10.1016/j.jad.2017.12.038
42. Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J., Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions // *Brain*. 2009. Vol. 132 (3). P. 617—627. doi:10.1093/brain/awn279
43. Stange J.P., Adams A.M., O'Garro-Moor J.K. Extreme Cognitions in Bipolar Spectrum Disorders: Associations with Personality Disorder Characteristics and Risk for Episode Recurrence // *Behavior Therapy*. 2015. Vol. 46 (2). P. 242—256. doi:10.1016/j.beth.2014.09.003
44. Sullivan P.F., Magnusson C., Reichenberg A., et al. Family History of Schizophrenia and Bipolar Disorder as Risk Factors for Autism // *Archives of General Psychiatry*. 2012. Vol. 69 (11). P. 1099—1103. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.730
45. Wada M., Kurose S., Miyazaki T. The P300 event-related potential in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 256. P. 234—249. doi:10.1016/j.jad.2019.06.010

RISK FACTORS AND CHRONICITY OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS

T.V. DOVZHENKO*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, dtv99@mail.ru

D.M. TSARENKO**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, dropship@rambler.ru

T.YU. YUDEEVA**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, tatiana.yudeeva@yandex.ru

The literature review provides the results of epidemiological studies of bipolar affective disorder (BAD). Biological risk factors and adverse course of BAD are considered in detail, including genetic ones (BAD is defined as a genetically determined disorder that has common non-specific genetic risk factors with depressive and schizophrenic spectrum disorders). We address the data on various neurotransmitter systems dysfunctions that may play a role in the pathogenesis of the disease. The results of studies of biological markers in the blood, as well

For citation:

Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu. Risk Factors and Chronicity of Bipolar Affective Disorder: Biological and Psychosocial Aspects. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 81—97. doi: 10.17759/cpp.2019270406. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Dovzhenko Tatiana Viktorovna*, Doctor of Medicine, Professor, Chief Researcher, Laboratory of Psychological Counseling and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, e-mail: dtv99@mail.ru

** *Tsarenko Dmitry Mikhailovich*, Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Laboratory of Psychological Counseling and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, e-mail: dropship@rambler.ru

*** *Yudeeva Tatiana Yuryevna*, Ph.D., Senior Researcher, Laboratory of Psychological Counseling and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

as morphological disorders in brain structures, are analyzed. Stressful situations, that can aggravate manifestations of a genetic and biochemical predisposition, disturbances in emotional and cognitive mental processes, neurocognitive deficiency, and dysfunctional family relationships are considered as psychosocial factors of BAD.

Keywords: bipolar affective disorder (BAD), psychosocial factors of BAD, biological factors of BAD.

REFERENCES

1. Demcheva N.K., Yazdovskaya A.V., Sidoryuk O.V., et al. Epidemiologicheskie pokazateli i pokazateli deyatelnosti psikiatricheskikh sluzhb v Rossiiskoi Federatsii (2005—2013 gg.): Statisticheskii spravochnik [Epidemiological indicators and performance indicators of psychiatric services in the Russian Federation (2005—2013). Statistical Handbook]. Moscow: FGBU “FMITsPN im. V.P. Serbskogo” Minzdrava Rossii, 2015. 572 p.
2. Mosolov S.N. (ed.). *Khronobiologicheskaya gipoteza affektivnykh rasstroistv* [Chronobiological hypothesis of affective disorders]. Moscow: Avandport, 2014. 352 p.
3. Adzic M., Brkic Z., Bulajic S., et al. Antidepressant Action on Mitochondrial Dysfunction in Psychiatric Disorders. *Drug Development Research*, 2016. Vol. 77 (7), pp. 400—406. doi:10.1002/ddr.21332
4. Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2007. Vol. 164 (4), pp. 537—539. doi:10.1176/ajp.2007.164.4.537
5. Bora E., Bartholomeusz C., Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 2016. Vol. 46 (2), pp. 253—264. doi:10.1017/S0033291715001993
6. Chang K.D., Steiner H., Ketter T.A. Psychiatric Phenomenology of Child and Adolescent Bipolar Offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000. Vol. 39 (4), pp. 453—460. doi:10.1097/00004583-200004000-00014
7. Chaudron L.H., Pies R.W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003. Vol. 64 (11), pp. 1284—1292. doi:10.4088/JCP.v64n1102
8. Chen C.-H., Lee C.-S., Lee M.-T., et al. Variant GADL1 and response to lithium therapy in bipolar I disorder. *New England Journal of Medicine*, 2014. Vol. 370 (2), pp. 119—128. doi:10.1056/NEJMoA1212444
9. Clemente A.S., Diniz B.S., Nicolato R., et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2015. Vol. 37 (2), pp. 155—161. doi:10.1590/1516-4446-2012-1693
10. Cohen M., Baker G., Cohen R.A., et al. An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry*, 1954. Vol. 17 (2), pp. 103—137.
11. Craddock N., Jones I. Genetics of Bipolar Disorder. *Journal of Medical Genetics*, 1999. Vol. 36 (8), pp. 585—594. doi:10.1136/jmg.36.8.585
12. Craddock N., Sklar P. Genetics of Bipolar Disorder. *Lancet*, 2013. Vol. 381 (9878), pp. 1654—1662. doi:10.1016/S0140-6736(13)60855-7

13. De Barros J.L., Barbosa I.G., Salem H., et al. Is there any association between *Toxoplasma gondii* infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 209, pp. 59—65. doi:10.1016/j.jad.2016.11.016
14. Dos Santos Oliveira P.M., Santos V., Coroa M., et al. Serum uric acid as a predictor of bipolarity in individuals with a major depressive episode. *Bipolar Disorders*, 2019. Vol. 21 (3), pp. 235—243. doi:10.1111/bdi.12708
15. Ellicott A., Hammen C., Gitlin, M., et al. Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1990. Vol. 147 (9), pp. 1194—1198. doi:10.1176/ajp.147.9.1194
16. Esan O., Esan A. Epidemiology and burden of bipolar disorder in Africa: a systematic review of data from Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016. Vol. 51 (1), pp. 93—100. doi:10.1007/s00127-015-1091-5
17. Fajutrao L., Locklear J., Priaux J., et al. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe [Elektronnyi resurs]. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2009. Vol. 5 (1), p. 3. Available at: <https://cpementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-5-3> (Accessed 25.02.19). doi:10.1186/1745-0179-5-3
18. Ferreira M.A., O'Donovan M.C., Meng Y.A., et al. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. *Nature Genetics*, 2008. Vol. 40 (9), pp. 1056—1058. doi:10.1038/ng.209
19. Gonda X., Pompili M., Serafini G., et al. Suicidal Behavior in Bipolar Disorder: Epidemiology, Characteristics and Major Risk Factors. *Journal of Affective Disorders*, 2012. Vol. 143 (1—3), pp. 16—26. doi:10.1016/j.jad.2012.04.041
20. Gondalia S., Parkinson L., Stough C., et al. Gut microbiota and bipolar disorder: a review of mechanisms and potential targets for adjunctive therapy. *Psychopharmacology*, 2019. Vol. 236 (5), pp. 1433—1443. doi:10.1007/s00213-019-05248-6
21. Guo X., Liu D., Wang T., et al. Aetiology of bipolar disorder: contribution of the L-type voltage-gated calcium channels [Elektronnyi resurs]. *General Psychiatry*. 2019. Vol. 32 (2). Available at: <https://www.gpsych.bmj.com/content/32/2/e100009> (Accessed 03.07.2019). doi:10.1136/gpsych-2018-100009
22. Hashimoto K., Sawa A., Iyo M. Increased levels of glutamate in brains from patients with mood disorders. *Biological Psychiatry*, 2007. Vol. 62 (11), pp. 1310—1316. doi:10.1016/j.biopsych.2007.03.017
23. Hayashi Y., Jinnou H., Sawamoto K., et al. Adult neurogenesis and its role in brain injury and psychiatric diseases. *Journal of Neurochemistry*, 2018. Vol. 147 (5), pp. 584—594. doi:10.1111/jnc.14557
24. Johnson S.L., Tharp J.A., Peckham A.D., et al. Emotion in Bipolar I Disorder: Implications for Functional and Symptom Outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 2016. Vol. 125 (1), pp. 40—52. doi:10.1037/abn0000116
25. Johnston J.A., Wang F., Liu J., et al. Multimodal Neuroimaging of Frontolimbic Structure and Function Associated with Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults with Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2017. Vol. 174 (7), pp. 667—675. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15050652
26. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: Livingstone, 1921. 280 p.

27. Krishna V.N., Thunga R., Unnikrishnan B., et al. Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction. *Asian Journal of Psychiatry*, 2013. Vol. 6 (1), pp. 42—45. doi:10.1016/j.ajp.2012.08.003
28. Kurz M., Gerraty R. A Meta-analytic Investigation of Neurocognitive Deficits in Bipolar Illness: Profile and Effects of Clinical State. *Neuropsychology*, 2009. Vol. 23 (5), pp. 551—562. doi:10.1037/a0016277
29. Lichtenstein P., Yip B.H., Bjork C., et al. Common Genetic Determinants of Schizophrenia and Bipolar Disorder in Swedish Families: A Population-Based Study. *Lancet*, 2009. Vol. 373 (9659), pp. 234—239. doi:10.1016/S0140-6736(09)60072-6
30. MacPherson H.A., Ruggieri A.L., Christensen R.E., et al. Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 235, pp. 574—582. doi:10.1016/j.jad.2018.04.078
31. Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., et al. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, 1998. Vol. 55 (8), pp. 702—707. doi:10.1001/archpsyc.55.8.702
32. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013. Vol. 128 (3), pp. 179—193. doi:10.1111/acps.12087
33. Miklowitz D.J., Alloy L.B. Psychosocial Factors in the Course and Treatment of Bipolar Disorder: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology*, 1999. Vol. 108 (4), pp. 555—557. doi:10.1037/0021-843X.108.4.555
34. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., et al. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1988. Vol. 45 (3), pp. 225—231. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800270033004
35. Misiak B., Stramecki F., Gaweda L., et al. Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *Molecular Neurobiology*, 2018. Vol. 55 (6), pp. 5075—5100. doi:10.1007/s12035-017-0708-y
36. Morris C.D., Miklowitz D.J., Waxmonsky J.A. Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63 (5), pp. 433—445. doi:10.1002/jclp.20359
37. Nivoli A.M., Pacchiarotti I., Rosa A.R., et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 2011. Vol. 133 (3), pp. 443—449. doi:10.1016/j.jad.2011.04.055
38. Perllick D.A., Rosenheck R.A., Clarkin J.F., et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 2004. Vol. 55 (9), pp. 1029—1035. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1029
39. Psychiatric GWAS Consortium Bipolar Disorder Working Group. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. *Nature Genetics*, 2011. Vol. 43 (10), pp. 977—983. doi:10.1038/ng.943
40. Roybal K., Theobald D., Graham A., et al. Mania-like behavior induced by disruption of CLOCK. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007. Vol. 104 (15), pp. 6406—6411. doi:10.1073/pnas.0609625104

41. Sanchez-Autet M., Arranz B., Safont G., et al. Gender differences in C-reactive protein and homocysteine modulation of cognitive performance and real-world functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 229, pp. 95—104. doi:10.1016/j.jad.2017.12.038
42. Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J., Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 2009. Vol. 132 (3), pp. 617—627. doi:10.1093/brain/awn279
43. Stange J.P., Adams A.M., O'Garro-Moor J.K. Extreme Cognitions in Bipolar Spectrum Disorders: Associations with Personality Disorder Characteristics and Risk for Episode Recurrence. *Behavior Therapy*, 2015. Vol. 46 (2), pp. 242—256. doi:10.1016/j.beth.2014.09.003
44. Sullivan P.F., Magnusson C., Reichenberg A., et al. Family History of Schizophrenia and Bipolar Disorder as Risk Factors for Autism. *Archives of General Psychiatry*, 2012. Vol. 69 (11), pp. 1099—1103. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.730
45. Wada M., Kurose S., Miyazaki T. The P300 event-related potential in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 256, pp. 234—249. doi:10.1016/j.jad.2019.06.010

**МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ
WORKSHOP AND METHODS**

ПЕРЕЖИВАНИЕ ЭТАПОВ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ МАТЕРЯМИ НЕСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ

А.В. БУДАНЦОВ*,
РБОО ЦЛП, Москва, Россия,
Budantsov@gmail.com

А.Н. МОЛОСТОВА**,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
Molostova.psychotherapy@yandex.ru

Представлены результаты качественного исследования переживания этапов кохлеарной имплантации матерями неслышащих детей: от момента подозрений на нарушение слуха до момента получения устойчивых результатов реабилитации. На каждом из этапов выделены ключевые характеристики переживания, а также факторы, затрудняющие (некорректное сообщение диагноза ребенка, страхи, связанные с опасением за здоровье ребенка в связи с

Для цитаты:

Буданцов А.В., Молостова А.Н. Переживание этапов кохлеарной имплантации матерями неслышащих детей // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 98—116. doi: 10.17759/cpp.2019270407

* *Буданцов Алексей Викторович*, магистр психологии, ведущий специалист РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия, e-mail: Budantsov@gmail.com

** *Молостова Анна Николаевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: Molostova.psychotherapy@yandex.ru

оперативным вмешательством, отсутствие грамотного кураторства реабилитационного процесса, сверхожидания в рамках реабилитации и др.) и облегчающие (корректный способ сообщения диагноза ребенка, эмоциональная поддержка в семье, наличие адекватной реабилитационной помощи, успехи ребенка в рамках длительной реабилитации и др.) прохождения этапов. Показано, что ситуация «переживания» этапов кохлеарной имплантации является критической, требующей переоценки, изменения жизненных ценностей и смыслов матерей. Выявлена высокая степень травматизации родителей, проходящих этапы кохлеарной имплантации, особенно в отношении двух этапов: установления диагноза, связанного с идентификацией глубокого нарушения слуха у ребенка, и реабилитации, которая сопряжена с ожиданиями положительных результатов данного длительного процесса.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, критическая ситуация, переживание, этапы кохлеарной имплантации.

Изучение особенностей личности родителей детей с глубокой патологией слуха и ситуации воспитания неслышащих детей в слышащих семьях — обширная тема, представленная многочисленными исследованиями. В рамках данного исследовательского поля изучаются различные характеристики эмоционального статуса матерей и отцов, влияние фактора нарушения развития ребенка на функционирование семейной системы, модели совладающего поведения и особенности выбора родителями стратегий лечения и реабилитации, аспекты их вовлеченности в реабилитационный процесс и др. [9; 12; 17; 21—23].

При этом в указанных работах значительно меньшее внимание уделяется специфике переживания родителями ситуации наличия у ребенка глубокого нарушения слуха, которую в полной мере можно обозначить как критическую, т. е. ситуацию «невозможности» реализации сущностных потребностей, в терминологии Ф.Е. Василюка [3]. Появление в семье неслышащего ребенка (по данным исследователей 90% неслышащих детей рождаются в семьях слышащих родителей), его воспитание и развитие связаны с рядом существенных (постановка диагноза, необходимость операции, включение в длительный реабилитационный процесс и т. д.) [14], каждый из которых требует от родителей мобилизации, быстрых и точных действий, принятия ответственных решений.

Дефицит исследований в указанной области приводит к тому, что мы очень мало знаем о тех аспектах жизненного мира, которые помогли бы нам реконструировать данный субъективно значимый, противоречивый и зачастую травматичный опыт родителей неслышащих детей [10; 13; 15; 18—20], что, в свою очередь, является препятствием для разработки про-

грамм психологической помощи, в том числе семьям, выбравшим КИ в качестве метода реабилитации.

Кохлеарная имплантация (КИ) — высокотехнологичный метод реабилитации, направленный на полноценную социальную адаптацию детей и взрослых с глубокими нарушениями слуха [1; 4—6; 11]. Специфика помощи в рамках кохлеарной имплантации носит мультидисциплинарный характер (медицинская, психолого-педагогическая, технологическая помощь), при этом устойчивым стало выделение определенных этапов кохлеарной имплантации: установление диагноза и отбор кандидатов, принятие решения о проведении КИ, оперативное вмешательство, реабилитация.

Повсеместным стандартом ранней помощи детям с глубокой и, как правило, врожденной патологией слуха становится проведение им КИ (при наличии показаний) на первом году жизни, что обусловлено пониманием важности данного возраста с точки зрения возможностей овладения речью, профилактики вторичных нарушений, а также внедрением аудиологического скрининга новорожденных [4; 7].

В связи с этим, мы видим особую важность и актуальность обращения напрямую к материнскому опыту переживания этапов КИ. Аутентичное описание жизненного мира матери неслышащего ребенка, перенесшего КИ, даст возможность специалистам помогающих практик лучше понимать особенности ее психологического состояния и потребностей данной категории родителей в контексте реабилитационной, консультативной, психотерапевтической работы.

Метод

Выборка. Участницами исследования выступили 12 матерей, неслышащие дети которых перенесли КИ. Возраст участниц исследования варьировал от 33 до 46 лет, возраст детей — от 6 до 10 лет (9 мальчиков и 3 девочки), все дети имели диагноз «двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени, пограничная с глухотой; состояние после кохлеарной имплантации» различной этиологии (в большинстве случаев нарушение слуха было связано с мутацией в гене коннексин 26). У детей отсутствовали дополнительные нарушения развития, КИ проводилась на первом—втором году жизни ребенка (все дети перенесли бинауральную имплантацию); срок пользования системой КИ и проведения реабилитационных мероприятий составлял не менее 3 лет; все дети владели фразовой речью. Большинство детей проходило реабилитацию в рамках метода «ЗП-реабилитация», который разработан отечественными специалистами и укоренен в методологии культурно-исторической школы [4].

Теоретико-методологической основой исследования стали принципы феноменологического подхода как качественной исследовательской стратегии [2; 8; 16] и концепция переживания в трактовке Ф.Е. Василюка [3].

Данная работа выполнялась с опорой на описательный феноменологический метод в подходе А. Джорджи [16], предполагающий проведение и анализ интервью с применением техники последовательной конденсации смысла.

Ситуация КИ (в контексте нарушения слуха у ребенка) рассматривается нами как «пере-живание» в трактовке Ф.Е. Василюка, как деятельность по преодолению «разрыва» жизни в критической ситуации [3]. В рамках такого мета-переживания мы можем идентифицировать непосредственные переживания на каждом из этапов КИ в том специфическом ракурсе, который предлагает феноменологический подход — как опыт, обладающий предметностью, смыслом, представленный в сознании и связанный с Я субъекта [8].

Сбор материала для анализа проходил с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью, вопросы которого фокусировались на различных аспектах переживания матерей и структурировались с опорой на последовательность этапов КИ.

Результаты и обсуждение

Представим результаты исследования переживания матерями незлышащих детей опыта прохождения этапов КИ как реабилитационного метода. В каждом из этапов были выделены ядерные компоненты структуры переживания и описаны от наиболее часто встречающихся вариантов к единичным.

Представление полученных результатов мы начнем с общей оценки матерями пройденного опыта.

Субъективная оценка опыта прохождения этапов КИ в контексте жизненного пути.

Для всех 12 участниц исследования опыт, связанный с КИ, определяется как *один из самых важных и субъективно значимых в жизни*. Вот как об этом говорит одна из респонденток: «У меня вообще поменялась после этого жизненная моя позиция... Сказать, что моя жизнь поменялась — не сказать ничего! У меня же кардинально поменялась жизнь! По-другому стала на многие вещи смотреть».

Значимость данного опыта респондентки раскрывают, прежде всего, через описание *обретения эмоциональной зрелости*. В интервью об этом говорят 7 из 12 матерей: «Это зрелость какая-то, взросление...он [этот опыт] дал лично мне какую-то эмоциональную зрелость».

Восемь респонденток говорят, что результатом прохождения данного опыта стал *пересмотр мировоззренческих жизненных установок*. В интервью одна из респонденток говорит об этом так: «Да, вот я считаю, что меня это очень изменило... ну, это расширило мои какие-то внутренние зренья. То есть я стала на все смотреть... с большей готовностью все понять... Я стала видеть многообразие во всем».

Шесть из 12 участниц исследования в интервью делают особый акцент на значении данного опыта в контексте *понимания себя и своих возможностей, смысла своей жизни*: «Мой ребенок сделал меня сильнее... Пришлось переступить через свои страхи, сомнения, стеснительность, где-то идти напролом, чего-то добиваться». В двух случаях происходили изменения, связанные с профессиональным самоопределением — матери получали специальное образование или активно включались в благотворительную помощь детям и взрослым, перенесшим КИ.

Таким образом, на основании оценок матерями прожитого опыта можно утверждать, что мы имеем дело с «пере-живанием» критической ситуации (по Ф.Е. Василюку), результатом которой оказывается переоценка родителями себя, своих возможностей, жизни в целом, обнаружение новых смыслов. Но данная ситуация — это развернутое в длительном временном периоде пере-живание, которое имеет свою специфику, связанную с этапами КИ. Итак, от общего плана оценки данного события мы перейдем к рассмотрению переживания родителями каждого этапа.

Этап 1. Подозрения, связанные с возможным нарушением слуха.

Первое столкновение с подозрением на нарушение слуха связано с переживанием *растерянности и тревоги*. Появление в семье ребенка с патологией слуха оказывается для родителей событием неожиданным и даже невозможным. В двух случаях центральным стало *переживание паники*: «У меня поднималась волна паники, но я все равно себя успокаивала... т. е. я максимально старалась себя... Я начинаю плакать [*плачет в ходе интервью*]». Шесть из 12 участников говорят об *отрицании* уже проявившихся и возможных нарушений слуха у ребенка. Одна из респонденток говорит об этом так: «...нет-нет, не может такого быть, ни в коем случае, сейчас проверимся, все будет хорошо».

Несмотря на первые тяжелые переживания и даже отрицание возможности патологии слуха у ребенка, ряд мам говорят о *принятии ситуации как потенциально возможной и требующей прояснения и действия*. Пример подобного реагирования: «В общем, я рыдала два дня, выходные были, а мама меня убеждала, что этого не может быть... А в понедельник, в первый рабочий день, приехали в первую попавшуюся клинику». Другим вариантом реагирования оказывается *усиление отрицания (избегание) возможных нарушений слуха у ребенка*. Вот как об этом говорит

одна из мам: «... я вообще гнала все мысли. Я думала про серные пробки в ушах, ну все, что угодно, только не слух». Необходимо отметить, что мамы, что такой способ реагирования помогал им выдерживать невозможность ситуации..

В долгосрочной перспективе большинство респонденток оценивают откладывание установления диагноза как неконструктивную реакцию, поскольку им все-таки пришлось столкнуться с последующими этапами диагностики нарушения слуха.

Родители, детям которых провели диагностику нарушения слуха достаточно быстро, говорят о том, что это облегчает прохождение этапа первых подозрений, поскольку снимает томительное переживание неизвестности.

Этап 2. Установление диагноза.

Этап установления диагноза оказывается для респонденток одним из самых травмирующих. Все участницы исследования говорят о том, что их жизнь разделилась надвое — «до» и «после» постановки диагноза. Постановка диагноза до момента появления в опыте респонденток КИ как способа выхода из ситуации описывается рядом респонденток как *переживание горя*.

В момент оглашения диагноза большинство мам (9 респонденток) говорят о *переживании шока*. Одна из мам описывает эти переживания так: «Не хочется совершенно просыпаться в этот мир, ощущение простреленного живота». Одновременно с этим у респонденток появляется *переживание бессилия* («Уже ничего не можешь сделать, ничего не можешь вернуть»); *страх негативных последствий* (у 4 респонденток) («Где-то теплилась надежда, но уже было понимание, что ребенок не будет таким... В глазах вставало — жестовый язык, глухонемой ребенок, я же тогда ничего не знала о кохлеарной имплантации»).

К первым реакциям на постановку диагноза примешивались и другие переживания. В двух случаях мамы переживали *генерализованную обиду*: «... какой-то провал, обида на все и вся».

Три респондентки говорят о *переживании стыда* за рождение ребенка с нарушением слуха, когда мамы пытались скрыть от друзей и родственников диагноз. В трех случаях респондентки *чувствовали себя виноватыми* за то, что произошло с ребенком: «Я поняла, что есть чувство вины, я считаю, что сын может сказать потом: «Вы с папой чего-то не дотянули, и я вот такой вот родился...».

Некоторые респондентки отмечали еще одно сложное переживание, с которым они встретились в период после установления диагноза. Оно связывалось с неожиданным открытием, что для ребенка (в силу глубокого нарушения слуха) все интонационно-мелодическое богатство речи матери было недоступно. Респондентки свидетельствовали о *потере смысла в интимном общении с ребенком посредством речи*: «В какой-то

момент мы перестали песни ему петь — зачем же, он ведь не слышит?! Изменилась, стала меньше говорить с ним». В связи с этим происходила *фрустрация потребности матери в близком интимном общении с ребенком*: «...вот в этот период, когда я узнала, что он не слышит, и вот до подключения. Я знаю, что ребенок меня не слышит, и стала молчать — я просто замолчала... это ужасно!». Описанный феномен зафиксирован у 3 респонденток.

Целый спектр переживаний матерей бы связан с *отказом от собственной карьеры и необходимостью жизни с ребенком с учетом установленного диагноза*. Девять респонденток говорят о *пересмотре жизненных задач* и полной сосредоточенности на помощи ребенку с глубоким нарушением слуха.

Помимо описания переживаний периода установления диагноза, матери говорили о том, что осложняло или облегчало прохождение этого периода.

Безусловно, *отсутствие, иногда и полное отсутствие опыта прохождения подобных ситуаций* является фактором, существенно влияющим на состояние матерей. Об этом говорят все 12 испытуемых.

Способ сообщения врачами диагноза также называется матерями как фактор усугубляющий или, наоборот, облегчающий их состояние. Двое интервьюируемых отмечали, что для них форма сообщения диагноза носила травмирующий характер: «Делают нам обследование, выходит вот эта вот распечатка, и мне врач говорит такую вот фразу: “Поздравляем!!! Вы наши!”. И вот здесь, конечно, меня обожгло. Я даже не знаю вот какие чувства, еще она сказала это... с таким вот... уже 8,5 лет прошло, а эта фраза у меня, в общем-то, до сих пор внутри как табличка: “Не входить, убьет!”».

Необходимо отметить, что *предоставление полной и достоверной информации* о диагнозе ребенка и методах реабилитации становилось ресурсным и эмоционально укрепляющим фактором. О положительном влиянии данного фактора говорят 9 респонденток. Мы можем назвать этот фактор феноменом «неложной» надежды в отличие от феномена надежды «ложной». В ряде случаев медицинский персонал поддерживал родителей в стратегии отрицания патологии слуха ребенка, предлагая не принимать во внимание уже полученные результаты: «... невролог нам говорила, что, если ребенок чем-то увлечен, трудно диагностировать в таком возрасте. Она говорила даже: “Не берите в голову!” ... Такая, ложная надежда, вроде...». Подобная ситуация имела место сравнительно редко — в 3 случаях из 12.

В качестве фактора, облегчающего прохождение данного этапа, респондентки отмечали *возможность получить эмоциональную поддержку в семье*. По мнению 8 участниц исследования, на данном этапе существует наибольшая *необходимость в помощи психолога*.

Этап 3. Принятие решения о проведении кохлеарной имплантации.

Выбор именно КИ в качестве реабилитационной стратегии — психологически сложная ситуация, с одной стороны, открывающая перспективы развития ребенка, приближенные к нормативным, с другой — не гарантирующая стопроцентно успешного результата. Ситуация усугубляется необходимостью принять решение об операции в достаточно сжатые сроки.

Ключевым аспектом принятия решения о проведении КИ является медицинская установка родителей в отношении нормальности/ненормальности состояния ребенка с особенностями развития. В связи с этим мотивы необходимости проведения кохлеарной имплантации можно условно обозначить как мотивы *вписывания в «нормативность» посредством исправления дефекта* (большинство интервьюируемых): «Мы хотели его приблизить к нам... вытащить его из глухоты», «Я хотела, чтобы он был человеком полноценным». В ряде интервью (4 случая) звучала тема двух миров — мира слышащих и мира неслышащих, которые принципиально антагонистичны: «Мне хотелось, чтобы он бы в моем мире. Я понимала, что могу дать ему какие-то возможности, а в его мире я ничего не знаю... забрать его оттуда к себе, где мне все понятно».

Быстрое принятие решения (в 9 случаях) прежде всего связано с *готовностью идти на риск для получения высоких результатов реабилитации после оперативного вмешательства*. Описывая предыдущие этапы, мы упоминали тяжелые переживания в связи с установлением диагноза ребенку. И здесь немедленное принятие решение об операции кажется матерям *выходом (спасением) из пугающей ситуации*.

Однако в трех случаях решение об операции хоть ненадолго, но откладывалось родителями, которые переживали *страх за здоровье ребенка в связи с оперативным вмешательством*. В отдельных случаях родители говорили об оставшихся *сомнениях в поставленном диагнозе*.

На укрепление решения о проведении именно этого метода реабилитации влияли *примеры семей с ребенком-пользователем системой КИ* как с точки зрения результатов, так и с точки зрения субъективного переживания ребенком и его родителями опыта долгого периода реабилитации. Если такая возможность предоставлялась, то выбор КИ в качестве реабилитационного метода происходил значительно более осознанно.

Примеры речевого развития детей, использующих слуховые аппараты, также влияли на принятие решения в пользу проведения КИ: «...у нас была встреча такая в одном центре... там мальчик говорил с мамой, и это был не мальчик, который пользовался КИ! Меня такой страх обуял... Это интонирование особое такое и бедность речи. Мы, естественно,

даже не думали о слуховом аппарате... Я поняла, что единственный способ — только имплантация, больше никакой».

Как и на этапе установления диагноза, фактором, затрудняющим принятие решения, усиливающим напряжение родителей, оказывалась *недостаточно полная или искаженная информация о методе КИ*. Показательной является первая реакция одной из участниц исследования, связанная со знакомством с технологией КИ: «Я пришла домой, начала гуглить, увидела, как это выглядит — ужаснулась!». Некоторые респондентки отмечали (в 2 случаях), что столкнулись с *мифами относительно КИ*, которые распространялись в Интернете («операция на мозге», «провода из головы» и т. д.).

Этап 4. Оперативное вмешательство¹.

Этап оперативного вмешательства мы разделили на три подэтапа: подготовка к операции, ее проведение, послеоперационный период.

Мы уже говорили о том, что операция представлялась матерям единственно возможным выходом из сложившейся ситуации. Поэтому ее проведение воспринималось как *цель сверхзначимого характера*, что задавало всему подготовительному периоду *высокую степень концентрации и напряжения*. Вот как говорит об этом периоде одна из мам: «Все отключилось. Это была только цель, и эта цель помогала не беспокоиться о чем-то другом».

Все респондентки отмечают *переживание нетерпения в связи с ожиданием операции*, желание как можно быстрее приблизить ее день: «Тяжело, да, было. Ощущение, что я опаздываю все время. Это очень давит. Что мне надо быстрее сделать кохлеарную имплантацию»; говорят о *страхах, связанных отсрочкой оперативного вмешательства*: «У меня была какая-то мысль, что даже две недели задержки, это — катастрофа!.. Я хотела поскорее, ну, поскорее. Быстрее, быстрее, имплантируйте!».

¹ Кохлеарная имплантация является вмешательством отохирургического характера, проводится в течение 1—1,5 часов с использованием общего наркоза. Одномоментно, как правило, проводится одна операция (на хуже слышащее ухо), спустя определенный промежуток времени — вторая. Кандидат на проведение КИ ставится в лист ожидания на операцию (исключая нарушение слуха вследствие перенесенного менингита), срок ожидания может варьировать в зависимости от региона и финансовой ситуации с закупкой систем КИ (стоимость системы КИ — более 1.000.000 р., покупка системы КИ и операция проводятся за счет средств бюджета). Если перед операцией ребенок заболевает (ОРВИ, детские инфекции), он может выбыть из листа ожидания операции на неопределенный срок.

Половина участниц интервью говорят об «отключении» переживаний и даже вытеснении других, не относящихся к операции событий: «Я не помню. Моя память выкидывает такие вещи, я могу сказать — в чем я ходила, могу визуально вспомнить врачей, всех, кто оперировал, но что было со мной... ела, спала, я каким-то придатком сына себя ощущала: помощь ему, быть с ним».

Пик напряжения респонденток отмечался в ночь перед операцией. Участницы исследования говорили о *высокой степени эмоционального напряжения*: «Невозможно спать, потому что вот полная готовность какая-то... Очень большая концентрация, которая не дает вообще расслабиться... и не хочешь спать... не то, что ты не можешь по каким-то там причинам»; и *напряжения физического*. Большинство детей находились на грудном вскармливании, а кормить ребенка перед оперативным вмешательством было запрещено: «... я его качала, укладывала. Ночью не вышло. Ночью на ручках и крики. И вот мои руки... сколько он весил? Десять триста в год... ну допустим, десять пятьсот. Вот десять пятьсот несколько часов на руках. Еще эти десять пятьсот двигались, не засыпали...».

Отметим, что у большинства матерей само оперативное вмешательство вызывало умеренный уровень тревоги. Более того, 8 респонденток говорят, что *проведение операции приносило ощущение облегчения, спада эмоционального напряжения*: «Было ощущение облегчения, что вот мы это сделали, что это нам значительно поможет». Тревога матерей была связана с тем, насколько сам избранный метод и операция, как один из первых шагов, приведут к ожидаемым результатам, насколько удастся избежать рисков и осложнений в постоперационный период.

В отдельных случаях сама *операция описывается как пик напряжения*, рядом с которой все остальные заботы отходят на второй план: «Ты все свои силы в это вкладываешь... психика мобилизуется и сужается до вот этого момента».

В первые дни после операции большинство матерей (9 участниц исследования) говорили о переживании *беспокойства и страха, связанного с хрупкостью, уязвимостью ребенка*. Большинство детей перенесло КИ в возрасте до года-полутора лет, и они только начинали ходить. Поэтому беспокойство, что ребенок недавно перенес операцию, а теперь может упасть и повредить имплантат, был весьма велик.

При этом переживания матерями постоперационных задач (перевязки, уколы) весьма разнятся. Так, одна из участниц исследования отмечает, что испытывала тревогу, помогая удерживать ребенка во время проведения болезненных процедур, считая, что это может повлиять на его отношение к ней: «Сама ребенка мучаешь, хотя знаешь зачем». Другая участница, напротив, чувствовала уверенность в правильности своих

действий, поскольку относила себя к «команде врачей». Еще одна респондентка говорила о первоочередной концентрации на физических действиях с ребенком (помощь в выходе из наркоза, кормлении, отслеживание ситуации с повязкой и т. д.) после операции и «отключении» в тот момент всех переживаний.

Отвечая на вопрос о том, что помогало пережить период оперативно-го вмешательства, респондентки говорят о следующих факторах. Матери отмечают, что переживания до операции и во время ее проведения могли быть более тяжелыми, если бы они знали о всех медицинских нюансах операции. Например, большинству участниц исследования не было известно, что КТ височных костей может выявить аномалию улитки, в этом случае, эффективность операции и последующей реабилитации может быть значительно снижена. Мы рассматриваем это как попытку мам *не концентрироваться на рисках, дистанцироваться от травматичных переживаний*, не подвергая сомнению тот метод, который был выбран ими как единственно правильный.

Три респондентки говорят о том, что способом справиться с напряжением во время операции оказывалась молитва, а также помощь другим мамам и детям, ожидающим операцию.

Этап 5. Подключения системы КИ².

Для всех матерей подключение системы кохлеарной имплантации было важным событием. Но ожидание этого события проходило по-разному. Большинство мам (10 человек) чувствовали это как наступление *радостного* момента, поскольку оно приближало ребенка к возможности слышать: «...он [*ребенок*] будет не отличаться от нас... он получит все те же возможности». Другие респондентки говорили о *переживании страха* перед подключением: «Страшно было очень. Страшно, непонятно и все как-то не так. Ну, потому что все вроде сделали, помучили, и ничего не произошло... Я замерла, я ждала подключения».

Этап подключения также переживался респондентками по-разному.

В пяти случаях респондентки были *разочарованы* рутинностью подключения системы КИ, ожидая иной процедуры, демонстрацию которой они видели на различных ресурсах в интернете.

В четырех случаях мамы говорили о *радости и облегчении*: «Приехали, он среагировал, не помню, то ли он голову повернул, то ли глазками повел. Ну, все, да плакали, как обычно... Просто вот такие эмоции, такое счастье, что он слышит!».

² Через месяц после операции по установке имплантата следует активация системы КИ, ее первая настройка. В первый год — 4–6 настроек, далее — раз в год.

В трех случаях возникшие трудности с подключением *вызвали тревогу и разочарование*: «А у нас не очень радужно происходило... Очень долго мы ее подключаем... Она не дает себе много прибавлять, у нее начиналась там истерика, у нас каждая настройка была с истерикой. Но это прям кошмар».

К факторам, облегчающим прохождение данного этапа, респондентки (10 человек) отнесли возможность *знакомства с процедурой подключения КИ посредством социальных сетей, видео-блогов, интернет-сообществ*. Однако в двух случаях респондентки намеренно не знакомились с информацией о КИ, представленной в интернет-пространстве, объясняя это нежеланием *разочароваться, сравнивая своего ребенка с чужим*.

Этап 6. Реабилитация³.

По степени эмоциональной напряженности данный этап сопоставим с этапом установления диагноза. Как сказала одна из респонденток, «диагноз — это удар, разовый и сильный, процесс реабилитации — это на выносливость — долго и на пределе сил».

Выше мы писали, что матери рассматривают свою жизнь «до» и «после» постановки диагноза, где «после» — это длительный период включения в процесс реабилитации ребенка. Оценивая в целом период реабилитации, матери, прежде всего, говорят о *высокой степени вовлеченности, погруженности в процесс реабилитации ребенка*: «... куда бы мы ни шли, гулять там, ехали в автобусе, все лексические темы — они были всегда с нами. Вопрос—ответ — бесконечный пинг-понг. Рассказываю ли я, или прошу его что-то делать... у нас всегда практика по необходимому нам сейчас заданиям существовала в любой момент времени». Профессиональные и другие задачи матерей отходили на задний план, *жизненные задачи выстраивались вокруг реабилитации ребенка*: «Я про-

³ Целью реабилитации после операции КИ является перевод ребенка на путь естественного развития слухового восприятия, коммуникации и речи. Продолжительность реабилитации определяется множеством факторов: возрастом ребенка, наличием дополнительных нарушений и т. д. Реабилитационный процесс проходит с опорой на эмоциональное взаимодействие в контексте проживания на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, которые были прожиты ребенком в условиях сенсорной депривации. Переход ребенка на путь естественного развития осуществляется за достаточно обозримый срок (от 6 до 18 месяцев и больше), но всякий раз вариативно. В ряде случаев ребенок нуждается в систематических занятиях на протяжении всего дошкольного детства. В нашей стране с успехом применяется разработанный отечественными специалистами метод «3П-реабилитации», в котором особый упор делается на перестройку взаимодействия ребенка с семьей с опорой на новые слуховые возможности и «запуск» эмоционального взаимодействия.

сто переключилась вот вообще на ее реабилитацию и вообще все бросила. Я работу бросила, все! Я начала заниматься только ею». Одна из респонденток даже получила специальное образование. В той или иной степени о высокой вовлеченности в решение реабилитационных задач говорили в интервью 7 респонденток.

Включение в процесс реабилитации ребенка для одних респонденток проходил *спонтанно и быстро*, для других — достаточно *напряженно*. В отдельных случаях респондентки чувствовали *растерянность, вину, раздражение* в связи с трудностью проведения реабилитационных занятий: «Не могла сначала понять — как строить с ним занятия, не усадишь, не посадишь... Были моменты — не знаю, что с ним делать вообще, что я за мама такая!».

Другая трудность, с которой столкнулись респондентки в процессе реабилитации, — *необходимость постоянно просто и ясно говорить с ребенком*. В трех случаях респондентки свидетельствовали о том, что, будучи немногословными, они постоянно себя *преодолевали*, чтобы включаться в эти «правила» игры: «... это было сложновато и требовало усилия, чтобы все время говорить, при этом упрощать, учитывать какой есть словарь у дочери сейчас».

Проблема, с которой продолжают сталкиваться мамы особенных детей, столкнулись наши респондентки — *страх стигматизации ребенка*. Некоторые участницы исследования пытались скрыть наличие у ребенка речевого процессора, замаскировав его головным убором, прической (данная ситуация имела место в трех случаях). Однако большая часть респонденток все-таки была готова открыто встречаться с любопытством окружающих относительно особенностей внешнего вида своего ребенка (9 участниц).

Труднее всего родителями переживалось ожидание появления первых результатов реабилитационного процесса. Для всех 12 матерей это ожидание сопровождалось *переживанием тревоги и напряжения*: «... приезжаем в реабилитационный центр, и я демонстрирую наши успехи, как мне кажется, прекрасные. А они говорят — а теперь вот это, и вот это... И меня это ... ну в ошеломленное состояние. Мне казалось, что вот сейчас можно расслабиться — мы же вот уже чего достигли! А оказывается, этого мало и надо идти еще, еще и еще».

Первые успехи приносили *переживание радости* и подкрепляли *уверенность в правильности выбранного пути*. Сначала это, как правило, казалось появившегося понимания речи: «... как начал он нам тыкать во все подряд. Мы ему: “А покажи мне небо, а покажи лошадку, покажи утку, все...!”», мы просто тыкали во все подряд. И все там он показывал, и так нам было приятно... Вот ты работаешь-работаешь-работаешь — результатик! Вот эти *промежуточные микрорезультаты... они давали сил идти дальше*». Схожее переживание радости приносили первые самосто-

ятельные слова ребенка: «...там за больницей... тупик. Мы туда въезжаем, говорю — “Тупик!”. И сын такой: “Пупик!”. Аааааааа!!! Первый раз, слово какое-то!!! Все! Началось!».

Когда результаты реабилитации устойчиво проявлялись в длительном временном периоде, многие мамы говорили о «забывании» того, что их ребенок имеет тяжелое сенсорное нарушение: «У меня была мысль недавно — как он у меня будет в армии, я напрочь забыла, что у ребенка инвалидность, и ему никакая армия не светит... забыла, что он не слышит». Или родители начинали говорить с ребенком, забывая о том, что ему нужно включить процессор.

Несколько участниц напрямую говорят о своеобразном *сознательном «выходе» из вовлеченности в тему КИ* (3 респондентки): «Я вот говорила уже, что я не люблю читать про это все... не могу почему-то, не интересно мне это, не знаю... Наверное, это комплексы мои пока, не могу я объяснить, не хочу.. не хочу.. я не хочу в этом жить». Возможно, здесь присутствует мотив, связанный с достижением так желаемой «нормативности» ребенка, и, достигнув ее, вовлеченность в вопросы, связанные с темой КИ, постепенно снижается. При этом можно предположить, что подобные реакции связаны с *трудностями окончательного принятия ситуации нарушения у ребенка слуха*.

К факторам, облегчающим прохождение реабилитационного периода, родители относят прежде всего *возможность получения высококвалифицированной помощи специалистов, неформальную взаимную поддержку родителей детей с КИ в Интернет-пространстве* (блоги, группы в социальных сетях и др.).

К факторам, затрудняющим прохождение этапа реабилитации, родители относили *отсутствие профессионального кураторства реабилитационного процесса, сверх-ожидания*, связанные с результатами реабилитации.

Выводы

Таким образом, мы представили феноменологию переживания родителями всех этапов кохlearной имплантации — от первых подозрений на нарушение слуха до устойчивых результатов реабилитации.

Подводя итоги описания переживаний матерей, проживающих с ребенком все этапы кохlearной имплантации, необходимо сделать особый акцент на следующих аспектах этого трудного пути.

Обнаружение у ребенка патологии слуха является ситуацией травматичной и неожиданной, она будто делит жизнь матерей на «до» и «после» диагноза. Матери тяжело переживают диагноз ребенка, считая его

нарушением, требующим устранения. Кохлеарная имплантация представляется матерям единственным выходом из сложившейся ситуации, спасительным средством развития ребенка, приближенного к норме. Ее значение оказывается невероятно высоким, поэтому любые препятствия и трудности, связанные с операцией и реабилитацией, воспринимаются чрезвычайно болезненно, катастрофически. Включение в процесс подготовки к операции и дальнейшей реабилитации требует от матери пересмотра жизненных задач, освоения новых соответствующих состоянию ребенка способов взаимодействия с ним. Одним из страхов, возникающих с момента первых признаков нарушения слуха, оказывается страх стигматизации ребенка.

Наиболее болезненные переживания возникают у мам на двух этапах: этапе установления диагноза и этапе реабилитации.

На каждом этапе существуют факторы, которые облегчают или затрудняют их прохождение. Центральными факторами, облегчающими прохождение этапов, является достаточное и полное информирование о диагнозе, о способах реабилитации, о конкретных задачах и действиях; поддержка родных, друзей и других родителей; внимательное и деликатное отношение врачей.

Большинство родителей говорят о необходимости психологической помощи, особенно на указанных двух этапах.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А.* Руководство по аудиологии. М.: ДМК Пресс, 2003. 360 с.
2. *Бусыгина Н.П.* Качественные и количественные методы исследований в психологии: учебник для бакалавриата и магистратуры. М.: Юрайт, 2018. 423 с.
3. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. М.: Московский государственный университет, 1984. 202 с.
4. Дети с кохлеарными имплантами / Под ред. О.И. Кукушкиной, Е.Л. Гончаровой. М.: Национальное образование, 2017. 208 с.
5. *Королева И.В.* Кохлеарная имплантация детей и взрослых. СПб.: Каро, 2009. 752 с.
6. *Таварткиладзе Г.А., Шматко Н.Д.* Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни. М.: Полиграф-сервис, 2005. 98 с.
7. *Улановский А.М.* Феноменологическая психология. Качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл, 2016. 255 с.
8. *Шпицына Л.М.* Ребенок с нарушенным слухом в семье и обществе. СПб.: Речь, 2009. 203 с.
9. *Anagnostou F., Crocker S.* A preliminary study looking at parental emotions following cochlear implantation // Cochlear Implants International. 2017. Vol. 8 (2). P. 68—86. doi:10.1179/cim.2007.8.2.68

10. *Bosteels S., Van Hove G., Vandenbroeck M.* The rollercoaster of experiences: Becoming the parent of a deaf child // *Disability & Society*. 2012. Vol. 27 (7). P. 983—996. doi:10.1080/09687599.2012.705059
11. *Christiansen J.B., Leigh I.W.* Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices. Washington: Gallaudet University Press, 2002. 360 p.
12. *Ebrahimi H., Mohammadi E., Pirzadeh A., et al.* Living with Worry: The Experience of Mothers with Deaf Child // *International Journal of Pediatrics*. 2017. Vol. 5 (6). P. 5183—5193. doi:10.22038/ijp.2017.22743.1914
13. *Feher-Prout T.* Stress and Coping in Families with Deaf Children // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 1996. Vol. 1 (3). P. 155—166. doi:10.1093/oxfordjournals.deafed.a014291
14. *Foroughan M., Movallali G., Salimi M., et al.* The effectiveness of a group counseling program on the mental health of parents of hearing impaired children // *Audiology*. 2007. Vol. 15 (2). P. 53—60.
15. *Giorgi A., Giorgi B.* The Descriptive phenomenological psychological method // *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design* / P.A. Camic, J.E. Rhodes, L. Yardly (eds.). Washington: American Psychological Association, 2003. P. 243—273.
16. *Ingber S., Al-Yagon M., Dromi E.* Mothers' Involvement in Early Intervention for Children with Hearing Loss: The Role of Maternal Characteristics and Context-Based Perception // *Journal of Early Intervention*. 2010. Vol. 32 (5). P. 351—369. doi:10.1177/10538151110387066
17. *Jamieson J. R., Zaidman-Zait A., Poon B.* Family Support Needs as Perceived by Parents of Preadolescents and Adolescents who are Deaf or Hard of Hearing // *Deafness & Education International*. 2011. Vol. 13 (3). P. 110—130. doi:10.1179/1557069X11Y.0000000005
18. *Kurtzer-White E., Luterman D.* Families and children with hearing loss: Grief and coping // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2003. Vol. 9 (4). P. 232—235. doi:10.1002/mrdd.10085
19. *Leach D.P.* A phenomenological study of the experiences of parents of a child or children diagnosed with deafness. Doctoral Dissertation (Doctor of Philosophy in Counselor Education). Columbia, University of South Carolina, 2015. 152 p.
20. *Meadow-Orlans K.P.* Stress, Support, and Deafness Perceptions of Infants' Mothers and Fathers // *Journal of Early Intervention*. 1994. Vol. 18 (1). P. 91—102. doi:10.1177/105381519401800108
21. *Pipp-Siegel S., Sedey A.L., Yoshinaga-Itano C.* Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2002. Vol. 7 (1). P. 1—17. doi:10.1093/deafed/7.1.1
22. *Quittner A.L., Steck J.T., Pouiller R.L.* Cochlear implants in children: A study of parental stress and adjustment // *American Journal of Otolaryngology*. 1991. Vol. 12. P. 95—104.
23. *Zaidman-Zait A.* Parenting a Child with a Cochlear Implant: Incident Study. // *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2007. Vol. 12 (2). P. 221—241. doi:10.1093/deafed/enl032

EXPERIENCE OF STAGES OF COCHLEAR IMPLANTATION BY MOTHERS OF DEAF CHILDREN

A.V. BUDANTSOV*,
Center for Curative Pedagogics, Moscow, Russia,
Budantsov@gmail.com

A.N. MOLOSTOVA**,
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
Molostova.psychotherapy@yandex.ru

We present the results of qualitative research on mothers' experiences of stages of cochlear implantation. The research covers all stages from suspicion on a hearing disorder to sustainable results of rehabilitation. On each stage, we have highlighted key features of the experience and factors hampering or facilitating the process. Factors hampering the process include improper diagnosis presentation, fears of the child's health deteriorating as a result of surgery, lack of qualified rehabilitation supervision, and unrealistic expectations during the rehabilitation. Factors facilitating the process include proper diagnosis presentation, emotional support within the family, adequate rehabilitation, success during lengthy rehabilitation, etc. The results show that living through all the stages of cochlear implantation is a critical life situation that requires mothers to change their values and interpretations. We revealed that parents whose children go through cochlear implantation are highly traumatized, the trauma is especially related to the stages of diagnosis establishment and rehabilitation, the latter of which is linked with expectations of positive results of this gradual process.

Keywords: cochlear implantation, critical situation, experience, stages of cochlear implantation.

REFERENCES

1. Al'tman Y.A., Tavartkiladze G.A. Rukovodstvo po audiologii [Handbook of audiology]. Moscow: DMK Press, 2003. 360 p.

For citation:

Budantsov A.V., Molostova A.N. Experience of Stages of Cochlear Implantation by Mothers of Deaf Children. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 98–116. doi: 10.17759/cpp.2019270407. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Budantsov Aleksei Viktorovich*, Master in Psychology, Regional Public Non-Profit Organization "Center for Curative Pedagogics", Moscow, Russia, e-mail: Budantsov@gmail.com

** *Molostova Anna Nikolaevna*, Ph.D., Assistant Professor, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: Molostova.psychotherapy@yandex.ru

2. Busygina N.P. Kachestvennye i kolichestvennye metody issledovaniy v psikhologii [Qualitative and quantitative research methods in psychology]. Moscow: Yurait, 2018. 423 p.
3. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii [Psychology of Experience. Analysis of coping with critical situations]. Moscow: Publ. MGU, 1984. 200 p.
4. Kukushkina O.I., Goncharova E.L. (eds.). Deti s kokhlearnymi implantami [Children with cochlear implants]. Moscow: Natsional'noe obrazovanie, 2017. 208 p.
5. Koroleva I.V. Kokhlearnaya implantatsiya glukhikh detey i vzroslykh [Cochlear implantation of deaf children and adults]. Saint Petersburg: KARO, 2008. 752 p.
6. Tavartkiladze G.A., Shmatko N.D. Diagnostika i korrektsia narushennoy slukhovoï funktsii u detei pervogo goda zhizni [Diagnosis and correction of hearing impairments for children of the first year of life]. Moscow: Poligraf-servis, 2005. 98 p.
7. Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskaya psikhologiya. Kachestvennye issledovaniya i rabota s perezhivaniem [Phenomenological psychology. Qualitative research and work with experience]. Moscow: Smysl, 2016. 255 p.
8. Shipitzsina L.M. Rebenok s narushennym slukhom v sem'e i obshchestve [Child with hearing loss in family and society]. Saint Petersburg: Rech', 2009. 203 p.
9. Anagnostou F., Crocker S. A preliminary study looking at parental emotions following cochlear implantation. *Cochlear Implants International*, 2017. Vol. 8 (2), pp. 68–86. doi:10.1179/cim.2007.8.2.68
10. Bosteels S., Van Hove G., Vandebroeck M. The rollercoaster of experiences: Becoming the parent of a deaf child. *Disability & Society*, 2012. Vol. 27 (7), pp. 983–996. doi:10.1080/09687599.2012.705059
11. Christiansen J.B., Leigh I.W. Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices. Washington: Gallaudet University Press, 2002. 360 p.
12. Ebrahimi H., Mohammadi E., Pirzadeh A., et al. Living with Worry: The Experience of Mothers with Deaf Child. *International Journal of Pediatrics*, 2017. Vol. 5 (6), pp. 5183–5193. doi:10.22038/ijp.2017.22743.1914
13. Feher-Prout T. Stress and Coping in Families with Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1996. Vol. 1 (3), pp. 155–166. doi:10.1093/oxfordjournals.deafed.a014291
14. Foroughan M., Movallali G., Salimi M., et al. The effectiveness of a group counseling program on the mental health of parents of hearing impaired children. *Audiology*, 2007. Vol. 15 (2), pp. 53–60.
15. Giorgi A., Giorgi B. The Descriptive phenomenological psychological method. In Camic P.A., Rhodes J.E., Yardly L. (eds.). *Qualitative Research in Psychology: Explanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington: American Psychological Association, 2003, pp. 243–273.
16. Ingber S., Al-Yagon M., Dromi E. Mothers' Involvement in Early Intervention for Children with Hearing Loss: The Role of Maternal Characteristics and Context-Based Perception. *Journal of Early Intervention*, 2010. Vol. 32 (5), pp. 351–369. doi:10.1177/1053815110387066
17. Jamieson J.R., Zaidman-Zait A., Poon B. Family Support Needs as Perceived by Parents of Preadolescents and Adolescents who are Deaf or Hard of Hearing. *Deafness & Education International*, 2011. Vol. 13 (3), pp. 110–130. doi:10.1179/1557069X11Y.0000000005

18. Kurtzer-White E., Luterman D. Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2003. Vol. 9 (4), pp. 232—235. doi:10.1002/mrdd.10085
19. Leach D.P. A phenomenological study of the experiences of parents of a child or children diagnosed with deafness. Doctoral Dissertation (Doctor of Philosophy in Counselor Education). Columbia, University of South Carolina, 2015. 152 p.
20. Meadow-Orlans K.P. Stress, Support, and Deafness: Perceptions of Infants' Mothers and Fathers. *Journal of Early Intervention*, 1994. Vol. 18 (1), pp. 91—102. doi:10.1177/105381519401800108
21. Pipp-Siegel S., Sedey A.L., Yoshinaga-Itano C. Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2002. Vol. 7 (1), pp. 1—17. doi:10.1093/deafed/7.1.1
22. Quittner A.L., Steck J.T., Pouiller R.L. Cochlear implants in children: A study of parental stress and adjustment. *American Journal of Otology*, 1991. Vol. 12, pp. 95—104.
23. Zaidman-Zait A. Parenting a Child with a Cochlear Implant: Incident Study. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2007. Vol. 12 (2), pp. 221—241. doi:10.1093/deafed/enl032

СОБСТВЕННЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ПОЛЕ ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭМПАТИИ: ФЕНОМЕН «ЭМПАТИЧЕСКОЙ ЗАТРОНУТОСТИ»

В.Н. БЕЛЯЕВА*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
belyaevavalera@list.ru

Т.Д. КАРЯГИНА**,
ФГБНУ ПИ РАО, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
kartan18@gmail.com

Представленное в работе исследование посвящено роли собственного опыта психотерапевта в процессах эмпатии в контексте его профессиональной

Для цитаты:

Беляева В.Н., Карягина Т.Д. Собственный травматический опыт психотерапевта в поле его профессиональной эмпатии: феномен «эмпатической затронутости» // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 117—135. doi: 10.17759/cpp.2019270408

* *Беляева Валерия Николаевна*, магистр психологии, выпускник магистерской программы «Консультативная психология» факультета консультативной и клинической психологии, ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: belyaevavalera@list.ru

** *Карягина Татьяна Дмитриевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, ФГБНУ «Психологический институт Российской академии образования»; доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: kartan18@gmail.com

деятельности. В результате обработки материалов интервью (N=14) методом обоснованной теории выявлен и описан феномен «эмпатической затронутости» терапевта, возникающий в поле пересечения его собственного травматического опыта и переживания клиента. Проанализирована структура феномена, контекстуальные условия и каузальные причины его возникновения, стратегии действия/взаимодействия психотерапевта с феноменом эмпатической затронутости и следствия этих стратегий. Выявлены различные формы эмпатической затронутости: когда опыт клиента аналогичен опыту травмы терапевта и когда клиент вызывает отклик, скорее как источник травмы. Анализ интервью показывает, что эмпатическая затронутость помещает терапевта не только в ситуацию сочувственного понимания клиента, но и в область, связанную с деятельностью переживания собственного травматического опыта, в том числе придавая процессу профессиональной деятельности личностную значимость.

Ключевые слова: эмпатия, профессиональная эмпатия, психотерапия, травма, переживание, переживание травмы, метод обоснованной теории.

Введение

Значимость эмпатии в профессиональной деятельности психолога является на сегодня признанной во всех психотерапевтических системах. Варьирует ее роль: от вспомогательной, как условия установления и поддержания терапевтического контакта (например, в классическом психоанализе, когнитивно-бихевиоральной психотерапии), до существенной, как одного из основных методов (лично-центрированные и экспериентальные направления) [7; 9; 17; 21; 25].

В контексте формирования и реализации эмпатии особое значение приобретает чувственный и эмоциональный опыт человека, опыт, связанный с переживанием различных событий. Прояснение связей между опознаванием, пониманием собственных чувств и способностью к эмпатии находит свое отражение в исследованиях из области клинической и возрастной психологии [5; 6; 15; 22; 23]; особенно активно в этом отношении изучается феномен алекситимии [13; 22; 23]. Однако в области общей психологии, психологии личности связь между специфическим жизненным опытом, который даже при беглом взгляде можно охарактеризовать как травматический, и эмпатической способностью человека, практически не исследуется.

Особенно значимым этот пробел нам видится в случае, когда дело касается эмпатии психолога-консультанта, психотерапевта, так как здесь эмпатия предстает не только профессионально значимым качеством личности, но уже одним из самих способов осуществления профессиональной деятельности. При этом в психологическую практику достаточно

часто приходят люди, близко столкнувшиеся с личным страданием — на этот факт обращали внимание Хайнц Кохут [10] и Ролло Мэй [14]. Алис Миллер в результате многолетних клинических наблюдений отметила, что способность психотерапевта проникать во внутренний мир другого человека, «непомерная оснащённость антеннами» [12, с. 37], корнями часто уходит в детство, где она гипертрофированно развилась, обслуживая интересы или патологии родителей ребенка, и во взрослом возрасте заставила его избрать «весьма специфическую профессию» [12, с. 24].

Таким образом, исследование сферы пересечения травматического опыта психолога и его профессиональной эмпатии становится значимой областью. При этом мы говорим не о травматическом опыте как таковом, но о переживании травматического опыта, подразумевая под переживанием особую внутреннюю деятельность человека по разрешению критической жизненной ситуации [3].

Представленное в данной статье эмпирическое исследование является попыткой ответа на следующий вопрос: «Имеется ли общее поле между опытом переживания травматических событий психологом и его профессиональной эмпатией, и если оно есть, то как оно устроено?»

Профессиональную эмпатию мы понимаем следующим образом: это способность психолога к процессу понимания переживания клиента, исходя из внутренней феноменологической перспективы клиента, и способность к профессиональному отклику относительно этого переживания в опоре на собственные чувства, реализуемая путем вчувствования в переживание Другого и в себя одновременно, используемая для развития и поддержания продуктивных процессов клиента [8].

Здесь необходимо отметить, что требования профессии таковы, что эмпатическая способность должна иметь возможность *произвольной* регуляции и *произвольной* реализации. Исследования в этом направлении ведутся и отечественными, и зарубежными специалистами [4; 8; 24]. Произвольная реализация эмпатической способности основывается на обращении к собственному опыту переживаний. О значимости непосредственного прикосновения к личному жизненному опыту переживаний, созвучному с опытом клиента, который может стать в этот момент «органом понимания» переживания клиента и «органом отклика» на это переживание, пишет Ф.Е. Василюк и показывает, как это проявляется в ходе обучения будущих психотерапевтов [4]. Исследование зарубежных коллег выявило, что для успешного эмпатического общения важно использование «*reference point*» из собственной жизни терапевта, которые понимаются как точки соприкосновения опыта, опорные точки опыта [24].

Когда мы говорим о травматогенных событиях внешнего мира, мы имеем в виду:

а) внезапные шоковые события, связанные с угрозой жизни (например, техногенные или природные катастрофы) либо целостности личности и/или организма (сексуальное насилие, внезапная операция, серьезное заболевание);

б) события, связанные с разрушением жизненно важной привязанности (смерть в результате тяжелого заболевания, суицида, внезапная смерть значимого другого, невозстановленная разлука);

в) события детства, изменившие ход личностного развития (жестокое обращение, пренебрежение и отвержение, заброшенность и недостаток родительского внимания, использование в качестве сексуального объекта, физическое насилие) [2; 11; 16; 19].

Учитывая, что некоторые события обладают большим психотравмирующим потенциалом по сравнению с другими [2; 19], а также, что реакции людей на потенциальную угрозу сильно варьируют в зависимости от различных факторов [11; 19], мы рассматриваем событие как травматическое для конкретного человека тогда, когда оно обретает определенную психическую репрезентацию: потенциально травматическая ситуация как экстремальное критическое событие внешнего мира становится критической жизненной ситуацией для внутреннего мира конкретного человека¹.

Целью нашего исследования является изучение особенностей профессиональной эмпатии психолога, в жизни которого имели место события, которые он пережил как травматические. Каковы особенности и возможности реализации профессиональной эмпатии психолога в точках соприкосновения с собственным опытом переживания травматических событий?

Метод

Этапы исследования. 1. Предварительный этап — подготовка к сбору данных. Было проведено анкетирование, основная задача которого состояла в том, чтобы отобрать практикующих психологов, которые имеют собственный опыт психологической травмы и готовы говорить об этом в контексте своей профессиональной деятельности. 2. Основной этап — сбор данных, обработка и анализ. При помощи метода качественного полуструктурированного интервью были собраны эмпирические данные, обработка и анализ которых осуществлялись с использованием метода обоснованной теории.

¹ *Беляева В.Н.* Опыт переживания травматических событий и профессиональная эмпатия психолога-консультанта: выпускная квалификационная работа. М., МГППУ, 2019. 123 с.

Характеристика участников исследования. На предварительном этапе было опрошено 130 практикующих специалистов. В основном исследовании приняли участие 14 человек. Возраст — от 30 до 54 лет, 2 мужчин и 12 женщин, направления практики: гештальт-терапия, транзактный анализ, психодрама, телесно-ориентированная терапия, экзистенциальная терапия, психоаналитическое направление, понимающая психотерапия, соматическая терапия травмы П. Левина, символдрама. Стаж практической деятельности — от 3 до 20 лет. Опыт личной психотерапии — более 60 часов у каждого (примерно год еженедельных встреч).

С каждым респондентом была проведена специальная установочная беседа, во время которой в общих чертах объяснялся смысл проводимого исследования, обговаривались уровень конфиденциальности и возможность использовать текст интервью, либо отдельные выдержки из него в материалах, поясняющих эмпирическое исследование.

Методы исследования. Участники основного этапа исследования указали в первичном анкетировании, что с ними происходили травматические события, касающиеся одного либо нескольких из следующих пунктов:

- а) внезапное шоковое событие, связанное с угрозой жизни, (личности, организму);
- б) событие, связанное с разрушением жизненно важной привязанности;
- в) негативные события детства, изменившие ход личностного развития.

Одно из этих событий мы просили выделить как наиболее тяжелое, и в отношении него старались получить феноменологические описания эмпатических процессов.

Для этого использовался метод качественного исследовательского полуструктурированного интервью [2]. В начале беседы мы расспрашивали респондента о его пути в психологию, чтобы понять, какая часть профессиональной деятельности респондента связана с собственным травматическим опытом, не прибегая при этом к вопросам «в лоб». Далее шли вопросы, позволяющие развернуть травматический опыт, его личностную переработку, вопросы о процессах, происходящих (или происходивших ранее) в точках соприкосновения с собственным травматическим опытом во время работы с клиентом, и в завершение — вопрос о том, как респондент понимает, что такое эмпатия.

Вопросы нашего исследования были составлены так, чтобы слово «эмпатия» и его «житейские» синонимы в них отсутствовали (за исключением последнего вопроса): мы старались получить описания реализации эмпатического процесса в феноменологическом ключе, избегая применения специальных терминов.

Чтобы исследовать феноменологию включения и использования опыта переживания собственных травматических событий в эмпатию психолога-консультанта, мы выбрали метод обоснованной теории. «Исследовательский вопрос в проекте обоснованной теории является формулировкой, которая идентифицирует изучаемый феномен» [18, с. 33]. Именно необходимость идентификации феномена — при его первоначальной неопределенности — определила наш выбор метода обработки данных в пользу обоснованной теории.

Процесс обработки и анализа данных методом обоснованной теории. Анализ, или кодирование, в обоснованной теории включает три основных типа: открытое кодирование; осевое кодирование; избирательное кодирование.

Открытое кодирование — это процесс называния и категоризации понятий. «Важно так назвать категорию, чтобы ее можно было запомнить, осмыслить и, более всего, — начать аналитически разрабатывать» [18, с. 57]. Понятия — основные строительные блоки обоснованной теории.

Осевое кодирование — это процедуры, в которых понятия, полученные после открытого кодирования, соединяют и связывают. Связи устанавливаются при помощи парадигмы кодирования.

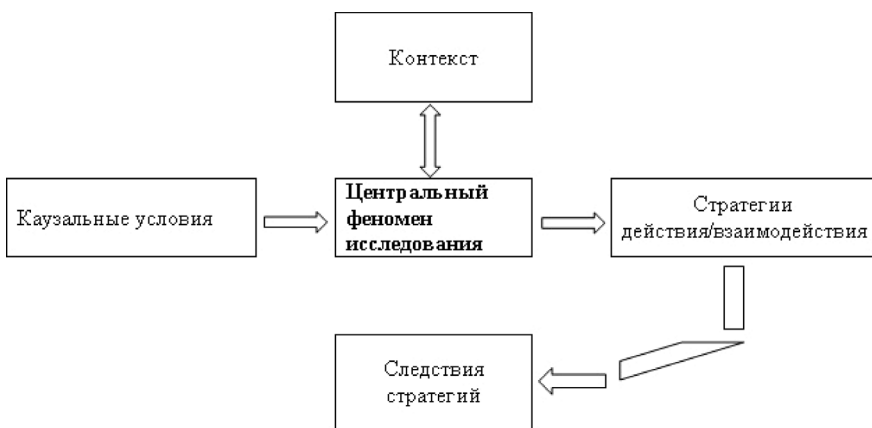


Рис. 1. Парадигма кодирования

Каузальные условия приводят к возникновению феномена. Контекстуальные условия — это ряд свойств феномена, обозначающих местоположение событий или случаев, относящихся к феномену, вдоль измерительной шкалы. Также это «... определенный ряд условий, в рамках которого принимаются стратегии действий/взаимодействий» [18, с. 85]. Действие/взаимодействие — это способы «... справиться с феноменом,

управлять им, реализовать его, реагировать на него» [18, с. 87]. В результате применения стратегий действий/взаимодействий возникают результаты, или следствия стратегий действий/взаимодействий с феноменом. Парадигма кодирования позволяет по-разному соединять и разъединять категории, при этом развивая их. Здесь происходит постоянное движение от предположения к проверке и обратно и создается основа для избирательного кодирования.

Избирательное кодирование — это процесс избрания центральной категории. Сначала происходит выявление «линии истории», которая является «... концептуализацией описательной истории о центральном феномене исследования» [18, с. 99]. Этим достигается интеграция выявленных категорий. Затем происходит «систематическое связывание центральной категории с другими категориями, валидизация связей и наполнение категорий» в рамках парадигмы [18, с. 97]. В итоге мы получаем обоснованную теорию — теорию, которая представляет центральный феномен исследования, условия его возникновения и развития, контекст проявления, стратегии реагирования, использования и следствия этих стратегий.

Результаты

Основным результатом нашего исследования является выделение и описание феномена эмпатической затронутости, который структурировал вокруг себя выявленные в ходе анализа категории, описывающие разнообразные феномены в поле пересечения переживания травматического опыта психолога и опыта его профессиональной эмпатии.

Выявленные категории:

- опыт травматических событий респондента;
- отклик в отношении травмирующих событий прошлого, указывающий на важность этих событий для внутреннего мира респондента;
- точки резонанса, возникающие в терапевтическом процессе;
- самоощущение относительно травмы в точке резонанса;
- сила реакции терапевта в точке резонанса;
- возможность терапевта при необходимости удерживать эту реакцию в определенных границах;
- внутренняя установка терапевта на уместность и допустимость эмоционального и вербального самораскрытия перед клиентом;
- множественные феномены, возникающие со стороны терапевта при включении в разворачивающийся процесс совместной работы его собственного опыта переживания травматических событий — от проваливания в собственную травму до включения собственной деятельности переживания в процесс взаимодействия с клиентом;

- пути реализации эмпатической способности в точках соприкосновения с собственным опытом переживания травматических событий: проваливание, ограждение, избегание, параллельность, общность;
- продолжающееся извлечение опыта преодоления и совладания с собственной травмой.

Обсуждение

Подход к выявлению центрального феномена.

Подход к центральному феномену мы нашли через сравнение интервью, в которых респонденты показали диаметрально различное отношение к собственному опыту пережитых травматических событий: «Сейчас отношение к себе маленькому очень сочувственное. Как я сегодня воспринимаю те события? Вот сейчас, когда я рассказываю, глаза немного наполняются слезами, грустно как-то — то есть чувства-то есть», — говорили одни респонденты. «По шкале значимости эта история переставала играть какую-то серьезную роль... Происходило обнуление ценности. Опыт занимал ровно то место в прошлом, которое он физически имел место», — говорили другие. Включение травматического опыта в эмпатическую способность при этом шло по двум разным путям. Первый — когда переживание из прошлого тем или иным образом вживается (вживляется, вживлено) в настоящее [20] и в точках резонанса с клиентом становится одним из переживаний «здесь-и-сейчас». И второй — когда переживание принадлежит прошлому, к данности может прийти только через специальное припоминание или рассказ другого [20] и не оказывает на терапевта в настоящем влияния.

Эмпатические процессы с участием собственного опыта травмы происходили и там, и там, но во втором случае они не вызывали проявления феноменов, подпадающих под всю сетку выявленных категорий, и несли, скорее, технологический характер, чем чувственную и смысловую нагрузку («Обычно это хорошо работает для установления раппорта. Ты в процессе рассказа, в процессе повествования клиента можешь его в любую секунду прервать и продолжить с любого места — это будет 100% попадание в цель»). В первом же случае речь шла о вчувствовании в чужой и свой опыт как о живом процессе, но вряд ли о технологии: мы наблюдали своеобразную «затронутость» психолога происходящим процессом: «Если человек рассказывает похожую ситуацию... мне это все очень откликается, и я говорю — “Да, вы знаете, я вас понимаю — я испытывала такие-то чувства *тогда же*, и это, правда, очень тяжело”. Я это разделяю. Я показываю, что он не один. И плюс

к тому все-таки важно, что я это *пережила*, с этим справилась — «вот, смотрите, это *можно* пережить». И — «мы *вместе*». Тогда человек в этом не один. И соответственно, я могу впустить это в терапию, используя это как еще один инструмент работы».

Феноменологические описания эмпатической затронутости.

Приведем феноменологические описания эмпатической затронутости, встреченные в интервью: «С точки зрения человеческой — да, хотелось бы, чтобы этого опыта не было в моей жизни. Но он — был. [...] И я выбирала эту область, исходя из того, что я буду работать непосредственно с людьми, страдающими *от* жестокого обращения, сексуального насилия, просто насилия. Это та область, которая для меня. Где я стараюсь и хочу помогать другому человеку». «Это, понимаете, — это способность — ну, человек, который не *познал* боли, он не сможет, наверное, *разделить ее с другим*. Боль *другого*. Наверное, создается внутри души какое-то большее пространство. [...] Это про сочувствие, понимание того, в каком аду человек находится. Это про то, что на самом деле это и мой ресурс — то, что я тоже не одна в этом».

В поле эмпатической затронутости возникает некоторая общность, объединяющая психолога и его клиента. Это деятельность совместного переживания проблемы — одновременно как своей, так и общей, и в этой общности — как общечеловеческой. На первый взгляд это просто схожий травматический опыт. Но он здесь выступает не только с личностной, но уже и с общечеловеческой точки зрения. «А у вас было в опыте такое? Сталкивались ли вы с таким?» — спрашивает клиент. И я могу ему ответить. Для чего я это делаю? Чтобы почувствовать свои границы. Чтобы клиент тоже почувствовал свои границы. Мы идем к независимости. Но чтобы *в этой независимости справиться с такой общностью*. Тогда — это нормально становится».

Определение эмпатической затронутости.

Таким образом, эмпатическая затронутость есть присутствие внутреннего участного отклика по отношению к ситуации Другого, возникающая из значимости собственного опыта переживания травматических событий. Эмпатическая затронутость каузально обусловлена наличием точек, в которых происходит эмоциональная либо ситуационная спонтанная отсылка к собственному травматическому опыту. Такие точки мы называем точками резонанса.

Эмпатическая затронутость двунаправленна: она проявляется одновременно как затронутость Другим через себя (через пережитую боль я могу соприкоснуться с болью клиента) и как затронутость собой через Другого (он не один в этом, но и я не одна). Здесь терапевт имеет воз-

возможность (точку) не только войти и понять состояние, ситуацию, прошлые и текущие переживания клиента через эмоциональные точки собственного опыта и со-переживательно работать с клиентом, но еще и дополнить или вновь утвердить новым опытом собственное переживание травматических событий своей жизненной истории.

Эмпатическая затронутость помещает терапевта не только в ситуацию сочувственного понимания Другого, но и в область, связанную с деятельностью переживания собственного травматического опыта — либо в чувственном плане, либо в смысловом плане деятельности переживания, в том числе придавая процессу профессиональной деятельности личностную значимость. Она вольно или невольно вносит «свое» в ситуацию с Другим. И это всегда точки выбора — как экологично обойтись с этой затронутостью — экологично и для себя, и для клиента.

«Линия истории» и структурирование категорий вокруг феномена эмпатической затронутости.

Главную историю нашего исследования мы увидели в том, как психологи обходятся с феноменом эмпатической затронутости, обусловленным собственным травматическим опытом, внутренней значимостью собственных пережитых травматических событий и точками резонанса, возникающими в терапевтическом процессе; как психологи справляются с различными феноменами, вызванными эмпатической затронутостью; по каким линиям при этом реализуется эмпатическая способность психолога. Мы предполагаем, что здесь, с одной стороны, продолжается деятельность переживания травматического события у самого психолога, актуализирующаяся в настоящем через «точки резонанса», причем основной акцент может приходиться и на чувственный уровень деятельности переживания, и на смысловой — когда ценность пережитого устанавливается путем включения в мотивационно-смысловую компоненту профессиональной деятельности, и на уровень выражения переживания. С другой же стороны, существенная особенность этого процесса состоит в том, что психолог в ходе консультативного процесса обязан действовать в интересах клиента, а не в своих собственных. И эта двунаправленность оказывает серьезное влияние как на стратегии взаимодействия психологов с возникающими феноменами, так и на следствия этих стратегий для психолога, его клиента и разворачивающегося процесса совместной работы. Наличие собственного травматического опыта является фактором, который может как способствовать, так и препятствовать процессу взаимодействия с клиентом.

Таким образом, феномен эмпатической затронутости стал центральной категорией в нашем исследовании (рис. 2).



Рис. 2. Структурирование категорий вокруг феномена эмпатической затронутости

Причины возникновения.

Говоря о каузальных причинах феномена эмпатической затронутости, мы выделяем:

- собственный опыт травматических событий;
- отклик в отношении травмирующих событий прошлого, указывающий на их важность для внутреннего мира респондента сегодня;
- резонирующие точки, возникающие в терапевтическом процессе.

Точками резонанса мы назвали точки, в которых происходит эмоциональная либо ситуационная спонтанная отсылка к собственному травматическому опыту: «Он или она повторяет, что ее изнасиловали, *поэтому то-то, то-то...* “Это же было в прошлом, а сейчас? Что ты *сейчас* можешь с этим делать?” — *немножко* я запаздываю с этим вопросом. Я плохо осознаю этот момент. Такая яма для меня. Что, вообще-то, это было в прошлом. И для меня мое прошлое становится *настоящим*, и для клиентки моей становится *настоящим*». Вот один из вариантов резонирования.

Также это могут быть точки, в которых этот опыт становится ядром смысловой деятельности: «Это останется... Это все равно больно, и ушедших детей не вернуть. И забыть я их... я их не хочу забыть, мне кажется, что это предательство. Но я стала больше, чем все это. Понимаете, раньше *это* владело мной, а теперь *я* этим владею. И во мне есть еще что-то *кроме* этого. Я в *жизнь* это вписала, и в этом смысле профессиональная деятельность — это часть жизни». И другой респондент: «Это же такая, ну как бы мотивация, неявная мотивация входа в эту область, но явно очень сопровождающая эти выборы... модель раненого ребенка Алис Миллер, да?»

Свойства феномена эмпатической затронутости.

К свойствам феномена эмпатической затронутости относятся:

- самоощущение терапевта относительно травмы в точке резонанса;
- возможность включить собственные проявления, связанные с реакцией на «поле травмы», в процесс взаимодействия с клиентом.

Самоощущение относительно травмы в точке резонанса может быть разного качества: от ощущения проваливания в травму и до ощущения ее преодоления: «Человек, который обращается... ему нужна устойчивость. Он обращается к другому как к человеку, который может выдержать. Не выдерживают родители. Не выдерживают друзья. Сам он не выдерживает... Сейчас мне важно, что это было в моем опыте, никуда не денется. Оно есть, но не имеет уже такой эмоциональной силы... Есть я сейчас и есть я тогда... *раньше все схлопывалось*. А сейчас — это тоже я, но есть дистанция, я могу посмотреть *на* своего клиента, абонента, и я могу посмотреть *на свой* опыт и как бы оттуда почерпнуть вот это знание, помимо каких-то теоретических раскладок, и уже, исходя из этого, помогать».

Отметим следующий момент. Самоощущение относительно травмы в точке резонанса может быть разным: на полюсе протагониста и на полюсе антагониста.

Протагонистом мы полагаем самого респондента в ракурсе его собственной травматической истории. Антагонистом будет персонаж, действия которого были причиной тяжелых, травматичных переживаний. Самоощущение психолога относительно собственной травмы может

быть разным, в зависимости от того, с полюсом протагониста в лице клиента или с полюсом антагониста происходит соприкосновение в терапевтическом процессе. Обратимся к одному из интервью, в котором очень выпукло выделались оба полюса. Протагонист — брошенный ребенок: «Сейчас как раз я вообще нормально. Это часть моей жизни, моей биографии, мой путь... Я изнутри себя знаю, что такое глубинная трансформация, когда травма перестает быть травмой». Антагонист — оставившая ребенка мать: «Сложнее — когда приходит женщина, которая рассказывает, что она сдала своего ребенка. Вторая сторона, да... Сохранить лояльность. Это бывает трудно... Особенно если она не сожалеет об этом ясным образом. Мне как психотерапевту понятно, что происходит — но мне *лично* бывает трудно в этом месте эмоционально... я сразу включаюсь, мне хочется защищать ребенка, убеждать ее, что так нельзя делать — я теряю нейтральную терапевтическую позицию». Полюс протагониста и полюс антагониста являются промежуточными условиями, влияющими на стратегии действия и, в дальнейшем, дают принципиально разные пути реализации эмпатической способности психолога.

Были выявлены следующие условия, дающие возможность включить собственные проявления, связанные с реакцией на «поле травмы», в процесс взаимодействия с клиентом:

— сила реакции терапевта в точке резонанса, от высокоинтенсивной («испытываешь сам тот страх, жуткий ужас»), до низкоинтенсивной («это уже не актуализируется до уровня какого-то ужаса или потери способности мыслить. Мне понятно, *что* мне человек рассказывает, потому что я помню, *как* это»);

— Возможность терапевта при необходимости удерживать эту реакцию в определенных границах: «Мне помогает то, что я достаточно *хорошо* справляюсь со своими чувствами. Я не боюсь, я могу туда *идти*... Такая вот *устойчивость*»;

— Внутренняя установка терапевта на уместность и допустимость самораскрытия перед клиентом, например: «Смотря с кем. Если клиент со мной конкурирует, я не буду ему говорить про какое-то свое. А если близкие отношения, очень хороший контакт, то я могу сказать что-то. Выбрать *тщательно* и сказать».

Каждое из свойств эмпатической затронутости может изменяться по своей интенсивности, длительности, частоте, давая затем различные стратегии действия/взаимодействия с этим феноменом.

Стратегии обращения и их следствия.

Стратегии действия/взаимодействия, проявляются на разных уровнях: телесном, эмоциональном, вербальном, смысловом. Их диапазон широк: от феноменов, свойственных «проваливанию» в собственную

травму («Я не разделяю, он это сейчас или я... не понимаю, это я сейчас чувствую, или это человек рядом со мной чувствует? Это с кем сейчас происходит?») и до феноменов, характеризующих включение собственной деятельности переживания в процесс взаимодействия с клиентом. Характер стратегий обращения с эмпатической затронутостью включает в себя как рефлекторные, так и целереориентированные стратегии («Я в курсе, что клиент может в это место «залепить» ... и если иду в этот опыт, то только сознательно»), и следствиями этих стратегий становятся различные пути реализации эмпатической способности психолога. В этой работе мы их просто перечисляем и обозначаем как феномены, присущие полю пересечения переживания травматического опыта психолога и его профессиональной эмпатии. Описание и анализ этих путей реализации эмпатии (проваливание, ограждение, избегание, параллельность, общность) станут предметом нашей следующей работы.

Выводы

Таким образом, в исследовании был выявлен и идентифицирован феномен, получивший название «эмпатическая затронутость». Получен ответ на вопрос, каким образом пересекается эмпатия психолога и его собственный травматический опыт. Каузальными условиями феномена эмпатической затронутости стали собственный опыт травматических событий у практикующего психолога, внутренний отклик относительно этих событий, указывающий на их значимость для внутреннего мира специалиста сегодня, а также точки резонанса, где эта значимость актуализируется в ходе проведения терапевтического процесса. Обнаружен ряд контекстуальных свойств феномена эмпатической затронутости, меняющихся по своей длительности, интенсивности, частоте. Эти свойства связаны, во-первых, с самоощущением терапевта относительно травмы в точке резонанса, и во-вторых — с возможностью включать собственные проявления, связанные с реакцией на «поле травмы», в процесс взаимодействия с клиентом. Значимыми промежуточными условиями стали полюс антагониста и полюс протагониста, которые в дальнейшем оказывают влияние на стратегии обращения с феноменом эмпатической затронутости.

Ограничения нашего исследования связаны с тем, что нам не удалось уделить более пристальное внимание личностным особенностям человека; тому, с помощью чего и как он сам перерабатывал, извлекал опыт из пережитых событий; в каком подходе проходил собственную терапию вообще и терапию травмы в частности. В то же время нам удалось подобрать для исследования респондентов, опыт которых относился к трав-

матическому не только с точки зрения формальной диагностики, но и с точки зрения переживания его самим человеком. Также мы постарались по возможности подобрать терапевтов, принадлежащих к разным психотерапевтическим подходам. Возможная связь стратегий обращения с эмпатической затронутостью и специфики психотерапевтического направления также может стать предметом специального исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бусыгина Н.П. Качественные и количественные методы исследований в психологии. М.: Юрайт, 2017. 423 с.
2. Ван дер Харт О., Нейенхёус Э. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2013. 496 с.
3. Василюк Ф.Е. Переживание // Большая российская энциклопедия — электронная версия [Электронный ресурс]. URL: <https://bigenc.ru/> (дата обращения: 30.09.2019).
4. Василюк Ф.Е. Сопереживание как центральная категория понимающей психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 5. С. 205—227. doi:10.17759/cpp.2016240511
5. Гаврилова Т.П. Эмпатия и ее особенности у детей младшего и среднего школьного возраста: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1977. 149 с.
6. Гончаренко Е.С. Развитие эмпатийного потенциала личности: на материале исследования детей 7—8 лет: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2003. 22 с.
7. Карягина Т.Д. Откуда в психотерапии эмпатия: К. Роджерс, его психоаналитические предшественники и последователи // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 1. С. 8—33.
8. Карягина Т.Д. Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.
9. Кохут Х. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией // Антология современного психоанализа. Т. 1 / Под ред. А.В. Россохина. М.: Изд-во «Ин-т псих. РАН», 2000. С. 282—299.
10. Кохут Х. Анализ самости: пер. с англ. 2-е изд. М.: Когито-Центр, 2017. 368 с.
11. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра — исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: пер. с англ. М.: АСТ, 2007. 316 с.
12. Миллер А. Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я: пер. с нем. М.: Академический проект, 2017. 139 с.
13. Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 98—114.
14. Мэй Р. Раненый целитель // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 2. С. 90—95.

15. Панкова Н.В. Особенности эмпатии больных невротами: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2003. 201 с.
16. Реушников М.М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. 322 с.
17. Роджерс К. Эмпатия // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо; МПСИ; Омега-Л, 2006. С. 428—430.
18. Страусс А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники: пер. с англ. М.: Эдиториал УРСС, 2001. 256 с.
19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
20. Штайн Э. К проблеме вчувствования: пер. с нем. Вильнюс: Logvino Literaturos namai, 2018. 260 с.
21. Этчегоен Г. Контрперенос // Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований / Под ред. И.Ю. Романова. М.: Академический проспект, 2005. С. 71—47.
22. Aaron R., Benson T., Park S. Investigating the role of alexithymia on the empathic deficits found in schizotypy and autism spectrum traits // Personality and Individual Differences. 2015. Vol. 77. P. 215—220. doi:10.1016/j.paid.2014.12.032
23. Bird G., Viding E. The self to other model of empathy: Providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2014. Vol. 47. P. 520—532. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.09.021
24. Hatcher S.L., Favorite T.K., Hardy E.A. et al. An Analogue Study of Therapist Empathic Process: Working with Difference // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2005. Vol. 42 (2). P. 198—210. doi:10.1037/0033-3204.42.2.198
25. Kohut H. How does analysis cure? Chicago: The University Chicago Press, 1984. 240 p.

PSYCHOTHERAPIST'S OWN TRAUMATIC EXPERIENCE IN THE FIELD OF HIS/HER PROFESSIONAL EMPATHY: THE PHENOMENON OF EMPATHIC INVOLVEMENT

V.N. BELYAEVA*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
belyaevavalera@list.ru

T.D. KARYAGINA**,

Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kartan18@gmail.com

The present study is devoted to the significance of personal experience for the psychotherapist's empathy in the context of her/his professional activity. As a result of processing interviews (N=14) using the grounded theory methodology, we reveal and describe the phenomenon of the empathic involvement of the therapist that occurs in the intersection of his/her own traumatic experience and the client's experience. The structure of the phenomenon, contextual conditions and causal reasons for its occurrence, the psychotherapist's action/interaction strategies with the phenomenon of empathic involvement and the consequences of these strategies are analyzed. Various forms of empathic involvement are identified: when the client's experience is similar to the experience of the therapist's trauma and when the client provokes a response as, rather, the source of the trauma. The analysis of the interviews shows that empathic involvement places the therapist not only in a situation of sympathetic understanding of the client but also in the area of his/her own trauma-related experiences, including the process of giving the meaning and significance to the professional activity.

For citation:

Belyaeva V.N., Karyagina T.D. Psychotherapist's Own Traumatic Experience in the Field of His/Her Professional Empathy: The Phenomenon of Empathic Involvement. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 117–135. doi: 10.17759/cpp.2019270408. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Belyaeva Valeria Nikolaevna*, Master in Psychology, graduate of the Master's degree program "Counseling psychology" of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, e-mail: belyaevavalera@list.ru

** *Karyagina Tatyana Dmitrievna*, Ph.D., Senior Researcher, Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, Psychological Institute of the Russian Academy of Education; Associate Professor, Department of Individual and Group Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, e-mail: kartan18@gmail.com

Keywords: empathy, professional empathy, psychotherapy, trauma, experience, experiencing trauma, grounded theory.

REFERENCES

1. Busygina N.P. Kachestvennye i kolichestvennye metody issledovaniy v psikhologii [Qualitative and quantitative research methods in psychology]. Moscow: Yurait, 2017. 423 p.
2. Van der Hart O., Nijenhuis E. Prizraki proshlogo: strukturnaya dissotsiatsiya i terapiya posledstviy khronicheskoy psikhicheskoy travmy [The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2013. 496 p. (In Russ.).
3. Vasilyuk F.E. Perekhivaniye [Experience]. Bol'shaya rossiiskaya entsiklopediya — elektronnyaya versiya [Great Russian Encyclopedia] [Elektronnyy resurs]. Available at: <https://bigenc.ru/> (Accessed 30.09.2019).
4. Vasilyuk F.E. Soperezhivaniye kak tsentral'naya kategoriya ponimayushchei psikhoterapii [Co-experiencing as a Key Category of Co-experiencing Psychotherapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (5), pp. 205—227. doi:10.17759/cpp.2016240511 (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Gavrilova T.P. Empatiya i ee osobennosti u detey mladshogo i srednego shkol'nogo vozrasta. Diss. kand. psikhol. nauk. [Empathy and its features in children of primary and secondary school age. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 1977. 149 p.
6. Goncharenko E.S. Razvitiye empatiinogo potentsiala lichnosti: na materiale issledovaniya detey 7—8 let. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [Development of the empathic potential of a person: based on a study of children aged 7—8. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Krasnodar, 2003. 22 p.
7. Karyagina T.D. Otkuda v psikhoterapii empatiya: K. Rodzhers, ego psikhoanaliticheskie predshestvenniki i nasledovateli [Where the empathy came from to psychotherapy: Carl Rogers' psychoanalytic predecessors and successors]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2012, no. 1, pp. 8—33. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Karyagina T.D. Evolyutsiya ponyatiya «empatiya» v psikhologii. Diss. kand. psikhol. nauk. [Evolution of empathy concept in psychology. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2013. 175 p.
9. Kohut H. Introspektsiya, empatiya i psikhoanaliz: issledovanie vzaimootnoshenii mezhdu sposobom nablyudeniya i teoriei [Introspection, empathy and psychoanalysis: a study of the relationship between observation method and theory]. In Rossokhin A.V. (ed.). *Antologiya sovremennogo psikhoanaliza. T. 1 [Anthology of modern psychoanalysis. Vol. 1]*. Moscow: IP RAS Publ., 2000, pp. 282—299.
10. Kohut H. Analiz samosti: 2-e izd. [The analysis of the Self. 2nd ed.]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2017. 368 p. (In Russ.).
11. Levine P., Frederick A. Probuzhdeniye tigra — istsheniye travmy. Prirodnaya sposobnost' transformirovat' ekstremal'nye perekhivaniya [Waking the Tiger — Healing Trauma]. Moscow: AST, 2007. 316 p. (In Russ.).
12. Miller A. Drama odarennogo rebenka i poisk sobstvennogo Ya [The Drama of the Gifted Child: The Search for the True Self]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2017. 139 p. (In Russ.).

13. Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Aleksitimiya i sposobnost' k empatii [Alexithymia and the ability to empathy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (4), pp. 98—114. (In Russ., abstr. in Engl.).
14. May R. Raneniy tselitel' [Wounded healer]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 1997, no. 2, pp. 90—95.
15. Pankova N.V. Osobennosti empatii bol'nykh nevrozami. Diss. kand. psikhol. nauk. [Features of empathy of patients with neurosis. Ph. D. (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2003. 201 p.
16. Reshetnikov M.M. Psikhicheskaya trauma [Psychological trauma]. Saint Petersburg: Vostochno-Evropeiskii Institut Psikhoanaliza, 2006. 322 p.
17. Rodzhers, K. Empatiya [Empathy]. In Gippenreiter Yu.B., Falikman M.V. (eds.). *Psikhologiya motivatsii i emotsii* [Anthology on motivation and emotions]. Moscow: CheRo, MPSI, Omega-L, 2006, pp. 428—430.
18. Strauss A., Corbin J. Osnovy kachestvennogo issledovaniya: obosnovannaya teoriya, protsedury i tekhniki [Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques]. Moscow: URSS, 2001. 256 p. (In Russ.).
19. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress.]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
20. Stein E. K probleme vchuvstvovaniya [On the problem of empathy]. Vilnius: Logvino Literaturos namai, 2018. 260 p. (In Russ.).
21. Etchegoyen H. Kontrperenos [Countertransference]. In Romanov I.Yu. (ed.). *Era kontrperenosa: Antologiya psikhoanaliticheskikh issledovaniy* [The era of countertransference: an anthology of psychoanalytic research]. Moscow: Akademicheskii prospekt, 2005, pp. 71—147.
22. Aaron R, Benson T, Park S. Investigating the role of alexithymia on the empathic deficits found in schizotypy and autism spectrum traits. *Personality and Individual Differences*, 2015. Vol. 77, pp. 215—220. doi:10.1016/j.paid.2014.12.032
23. Bird G., Viding E. The self to other model of empathy: Providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2014. Vol. 47, pp. 520—532. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.09.021
24. Hatcher S.L., Favorite T.K., Hardy E.A., et al. An Analogue Study of Therapist Empathic Process: Working with Difference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2005. Vol 42 (2), pp. 198—210. doi:10.1037/0033-3204.42.2.198
25. Kohut H. How does analysis cure? Chicago: The University Chicago Press, 1984. 240 p.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ
CASE STUDY

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ
И ОКОНЧАНИЕ КАРЬЕРЫ
ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ТРАВМЫ
В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ:
РАЗБОР СЛУЧАЕВ**

К.А. БОЧАВЕР*,

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия,
konstantin.bochaver@gmail.com

Л.М. ДОВЖИК**,

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия,
lydia.dovzhik@gmail.com

Рассмотрены психологические аспекты спортивной травмы в спорте высших достижений. Значимость травмы проявляется в нарушении повседневной

Для цитаты:

Бочавер К.А., Довжик Л.М. Психологические риски и окончание карьеры при получении травмы в спорте высших достижений: разбор случаев // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 136—148. doi: 10.17759/cpp.2019270409

* *Бочавер Константин Алексеевич*, кандидат психологических наук, заведующий лабораторией психологии спорта, НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия, e-mail: konstantin.bochaver@gmail.com

** *Довжик Лидия Михайловна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психологии спорта, НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия, e-mail: lydia.dovzhik@gmail.com

жизни, боли, дискомфорте и стрессе, а также в сопутствующих экзистенциальных переживаниях. С одной стороны, травма представляется рутинным и частым компонентом спортивной профессии; с другой стороны, ее значение огромно и травмированный спортсмен может закончить свою профессиональную траекторию, не имея возможности стать успешным и благополучным в неспортивной жизни. Основной акцент работы сделан на четырех случаях из практики. На их примере продемонстрировано, что высокий уровень перфекционизма и интернальность при переживании травмы могут проявляться в самообвинении и внутреннем конфликте; наличие качественной поддерживающей среды играет важную роль в успешном посттравматическом росте. Указывается значимость междисциплинарного подхода к интервенции, когда в психологическое восстановление спортсмена подключены все ключевые специалисты и близкие люди.

Ключевые слова: консультация, психология спорта, спорт высших достижений, стресс, травма, тревога.

Спортивная деятельность несет в себе две разнонаправленные тенденции: с одной стороны, спорт является благополучной траекторией для обеспечения социального и экономического роста и самореализации, но с другой стороны, он несет в себе огромное число рисков и поводов для невротизации. Спортивная карьера отличается от большинства других тем, что является укороченным вариантом профессиогеनेза, так как выступления в спорте имеют как нижние границы, обусловленные регламентом, так и верхние — связанные с ресурсами и возможностями организма. В таких жестких временных условиях возникает ускоренное развитие — переживание кризисов и стадий спортивной карьеры, совладание со стрессом и его преодоление происходит в кратчайшие сроки, в противном же случае, спортсмен рискует потерять навыки и квалификацию и, в конечном счете, завершить свою карьеру.

Несмотря на такое положение дел, в спортивной среде существуют яркие примеры спортсменов, сохранивших свой высокий уровень подготовки и сумевших продолжить успешные выступления на мировом уровне в течение многих лет. Безусловно, важное значение имеет вид спорта: в циклических видах спорта, таких как легкая атлетика, лыжные гонки или триатлон у спортсменов, в виду особенностей спорта и предъявляемых задач, есть шанс на более долгое сохранение спортивной карьеры. В сложно-координационных видах спорта, таких как фигурное катание или спортивная гимнастика, «возрастных» спортсменов меньше, но это в большей степени обусловлено полом: девушкам в период пубертата гораздо сложнее сохранить свои навыки и технику. Однако даже в этих видах спорта есть свои долгожители, сумевшие удержать высокие результаты.

Значение спортивной травмы и комплексный подход к пониманию ее психологических особенностей

Успешное спортивное долголетие представляет собой полидетерминированное явление: на возможность в течение длительного времени успешно представлять свою страну на мировом уровне влияет большое количество факторов, включающих в себя физиологические, психологические и социокультурные компоненты. В то же время нельзя не отметить, что одной из наиболее частых причин завершения карьеры является спортивная травма. Данный факт вызван двумя причинами. Первая — это распространенность спортивных травм. По мнению исследователей, лишь 10% женщин и 15% мужчин могут избежать серьезных спортивных травм [3; 5]. За год, по данным социологов, было зарегистрировано около 24 миллионов спортивных травм [13]. Также было проведено сравнение количества травм среди обычных рабочих (строителей, сотрудников промышленного производства и сферы услуг) и спортсменов: на 100 000 рабочих часов приходится 0,36 травм; за такой же отчетный период у футболистов отмечается в среднем 710 травм [10]. Актуальным и правомерным становится высказывание К. Брауна о том, что профессиональные спортсмены бывают двух видов: те, кто получил травму, и те, кто пока еще не пострадал [9]. Вторая причина связана с отсутствием должного внимания к психологической составляющей при реабилитации и восстановлении после травм. В настоящее время всеми специалистами, в том числе и медицинским персоналом, признается нетождественность физической и психологической готовности при возвращении в спорт после травмы [7; 8; 11; 12]. Полное физическое восстановление, совершенно не гарантирует психологической готовности спортсмена к новым выступлениям [16].

Такой подход к пониманию восстановления после травм имеет как практическое, так и теоретическое обоснование. Во-первых, благодаря передовым медицинским знаниям и технологиям у большинства травмированных спортсменов есть потенциал для полного восстановления до своего состояния, которое предшествовало травме (или в некоторых случаях выше). Тем не менее, многие спортсмены не могут восстановить свои навыки и умения до уровня, предшествовавшего травме [17], и часто эта неудача объясняется психологическими факторами. Во-вторых, спортивная травма представляет собой, с одной стороны, физическое повреждение, и тогда она является внешним событием, в терминологии Ш. Бюллер, или событием среды, в терминологии Б.Г. Ананьева. Но травма представляет собой также и психологическое переживание, так как, согласно С.Л. Рубинштейну, все внешнее пре-

ломляется через внутреннее, и тогда травма становится уже внутренним событием. Соответственно, возникают две параллели — травма как объективное событие и физическое повреждение, которое представляет собой поле для работы медиков, и травма как субъективное событие, отраженное во внутреннем мире, представляющее поле для работы психологов [6]. Такое понимание спортивное травмы предполагает комплексное сопровождение травмированного спортсмена и интеграцию усилий работы врачей, психолога, тренеров и ближайшего окружения (родственников и близких).

Таким образом, не вызывает сомнений необходимость и важность психологического сопровождения травмированного спортсмена. Своевременная помощь при переживании травмы позволит обеспечить более быстрое и безболезненное возвращение в спорт и, следовательно, возможность сохранить спортивную карьеру на высоком уровне. Психологическое сопровождение представляет собой работу, направленную:

- на формирование и сохранение мотивации к выздоровлению и возвращению в спорт;
- освоение ментальных навыков (целеполагания, имажинации, визуализации, релаксации и саморегуляции, самоинструкций);
- оптимизацию и гармонизацию эмоционального состояния;
- повышение уровня субъективного благополучия;
- снижение тревожности и уровня переживаемого стресса;
- повышение эффективности навыков совладания.

Перечисленные задачи отражают ориентацию на две временные перспективы: настоящее и будущее. Однако нельзя забывать и про прошлое: спортивная травма является не изолированным событием, а включена в жизненный путь субъекта. Поэтому для более эффективного сопровождения травмированного спортсмена необходимо понимание начальных условий и событий, предшествовавших травме (конфликты в команде, стресс, смена тренера, важные события жизни), работа с актуальными и текущими переживаниями, связанными с принятием травмы и эмоциональным состоянием, а также профилактика страхов и опасений, связанных с будущими перспективами.

Все вышесказанное позволяет нам определить спортивную травму как «... полученное во время соревнования или тренировки повреждение, которое выводит из строя спортсмена, лишает его возможности принимать участие в соревнованиях или тренировочном процессе» [2, с. 45]. В то же время спортивная травма является жизненным событием, которое имеет определенные последствия и дает начало новому образу жизни, что влечет за собой «перестройку» внутреннего мира.

Разбор примеров из практики консультирования в спорте высших достижений

Прежде чем перейти к описанию случаев из практики, хотелось бы заострить внимание на специфике избранной авторами области. Прикладная психология спорта, появившись в начале двадцатого века, развивалась параллельно с фундаментальной психологией, но с определенной спецификой: во-первых, в силу высокого общественного значения спорта высших достижений, многие направления работы существовали автономно и схожие методы в государствах-конкурентах приобретали разный понятийный аппарат¹; во-вторых, особенные требования к результативности психологической работы в условиях дефицита времени обусловили эклектичную² методологию интервенций. Представленные ниже случаи могут служить иллюстрацией не только помощи в благополучном возвращении травмированных спортсменов к профессиональной деятельности, но и — в широком смысле — примерами психологических феноменов, включенных в научные представления о психологическом аспекте спортивной травмы [2]. В соответствии с научной этикой, данные спортсменов (возраст, биографические данные) специально изменены из этических соображений в целях анонимности и конфиденциальности.

Случаи из практики № 1 и № 2. «Предпосылки»

Иллюстрацией к модели стресс-ассоциированной травмы может служить двойной случай из практики авторов [19]. Две девушки 22 и 23 лет, результативно выступающих в сложно-координационных видах спорта в одиночном зачете³, получают травмы опорно-двигательного аппарата,

¹ Так, например, традиционный для отечественной школы термин «идеомоторная тренировка» в зарубежной психологии спорта представлен более широким понятием «имагинация» (от англ. *imagery* — воображение); траектории подготовки к ответственным соревнованиям за рубежом чаще рассматривают как сплав целенаправленного поведения и мотивации, а в отечественной традиции — через волевые процессы и качества.

² Распространенным и не противоречивым сочетанием методов психологической интервенции в спорте, например, может выступать последовательное использование нарративного подхода, когнитивно-поведенческой терапии, тренинга биологической обратной связи и телесно-ориентированных техник. Такая эклектика обусловлена, в первую очередь, эмпирическими оценками длительности и эффективности различных подходов.

³ Важная деталь, характеризующая высокую ответственность и самостоятельность при подготовке к соревнованиям, когда результат определяется не действиями команды, а только самим спортсменом.

переломы в области голеностопа и коленного сустава, непосредственно перед поездкой на самые значимые соревнования сезона. Успешное прохождение отборочных соревнований и набор спортивной формы в обоих случаях накладывается на накопившиеся трудности в институте. В момент получения травмы обе спортсменки не испытывают выраженной тревоги, и травма наступает, по их словам, «как гром среди ясного неба» — при рутинной разминке перед тренировкой и на пикнике в парке. Объединяют оба случая не только сходства ситуации, но и личностные особенности спортсменок — определенная замкнутость и одиночество, в одном из случаев усиленные также языковым барьером.

Работа, начавшись с клинической беседы и диагностики, обнаружила высокий перфекционизм и чрезвычайно высокую, но закономерную интернальность, что проявилось в самообвинении и внутреннем конфликте («как же так со мной это случилось, я виновата, это глупо и несправедливо»). Основным ресурсом совладания со стрессом совместно была выбрана стратегия инструментальной и эмоциональной поддержки, которая имплицитно была призвана подтолкнуть спортсменок в направлении посттравматического роста и переоценки отношения к другим. Помимо консультативной работы, интервенция затронула контингент окружающих значимых людей — не родственников, в силу их физической удаленности, — а тренера, товарищей по команде (в ситуации соревнований — прямых конкуренток) и друзей.

Выбранная стратегия была основана на наблюдениях отечественных военных врачей, которые с Первой мировой войны отмечали разницу в качественном восстановлении военнослужащих после одинаковых ранений. Проходившие реабилитацию поблизости от фронта выздоравливали быстрее, чем отправленные в эвакуационные госпитали в «мирной полосе». Это эмпирическое наблюдение объяснимо классическим пониманием эустресса, как преодолимого и мобилизующего организм воздействия (идеи отражены в работах Г. Селье, Л.А. Китаева-Смыка и многих других исследователей стресса). Параллельно с реабилитацией спортсменки приобрели положительный опыт взаимодействия с командой вне условий конкуренции: они выполняли менеджерские задачи, ассистировали тренеру, регулярно приходили в зал и тренировались по мере возможностей, учитывая рекомендации врача.

Результат работы был положительным. Активизация основных ментальных навыков профессионального спортсмена — планирования, самоинструкций и идеомоторной тренировки — повысила комплаентность и благополучие обеих спортсменок, что позволило им качественно проходить лечение без саботирования и выраженной тревоги от необходимости выбора, заканчивать или продолжать карьеру [15]. Мотивацией лечения был выбран положительный образ профессионального будущего — мо-

мент грации, силы и пластичности на отдаленных будущих соревнованиях следующего сезона. На момент написания статьи одна из спортсменок заканчивает реабилитацию и готовится к сезону, а вторая занимается набором формы, уже дебютировав на соревнованиях после окончания реабилитации. К обеим пришло осознание важности образа жизни и тайм-менеджмента, а также наличия прямых и косвенных связей между «накопленным» стрессом в различных областях деятельности и непосредственно соматическим здоровьем и спортивной результативностью.

Случай из практики № 3. «Рутинная реабилитация»

Молодой спортсмен 17 лет перед последним годом выступления в юниорской категории, где конкуренция ниже, чем на уровне высшего мастерства, получил травму голеностопа и начал проходить реабилитацию. Ситуация была осложнена выраженной тревогой повторной травмы (феномен *re-injury anxiety*), которая вынуждает спортсмена беречься и избегать акцентированных нагрузок на поврежденный отдел.

Основной задачей психологического консультирования стало снижение тревоги, призванное подтвердить допуск лечащим врачом спортсмена к полноценной профессиональной деятельности. Затянувшаяся привычка выступать в бондаже сказала негативно на легкости и смелости предпринимаемых действий, и возможность необходимого раскрепощения, иными словами, доверия своему организму, была неочевидна. Выбранной тактикой работы стало смещение фокуса внимания с эмоционального переживания на когнитивную подготовку. В спортивной практике эта цель может быть достигнута интенсивными идеомоторными тренировками, по А.В. Алексееву, и визуализацией грациозной уверенной работы [1]. Курс занятий длиной в два месяца вместе с ведением дневника эмоций позволил снизить тревогу повторной травмы и боли, и моторика спортсмена восстановилась в полной мере. Кроме того, как и в кейсе, описанном ниже, имела место акцентированная познавательная деятельность, связанная с постоянным изучением действий, тактики и приемов выдающихся спортсменов и актуальных соперников. Снижение тревоги позволило спортсмену вернуться к требуемой тренером уверенной и агрессивной манере выступлений, и тревога, связанная с риском повторной травмы, ушла, позволив спортсмену завершить последний год юниорского периода максимально результативно.

Случай из практики № 4. «Последствия»

Важнейшим моментом для травмированного спортсмена становится момент осознания значения произошедшего для его профессиональной и в целом жизненной траектории. Множество примеров показывает нам своего рода застревание на стадии торга, гнева или отрицания, когда

спортсмен не получает адекватной психологической помощи и не готов осознанно проанализировать случившееся, свои перспективы и возможности. Очень оптимистичен пример посттравматического роста, который мы описываем преимущественно прямой речью респондента. Высокоинтеллектуальный, успешный спортсмен 30 лет, представитель сложнокординационных видов спорта, имеющий репутацию одиночки с аналитическим складом ума, получает травму и вынужден прервать не самый удачный сезон. Его поведение близко к феномену катастрофизации, что видно из речи: *«Травма. Я понял, что я загнал свой организм так, что и спать не могу. У меня каждый день болела голова. У меня было смещение первого шейного позвонка, очень много проблем. Болит спина, болят плечи. Невозможно подтянуться, ничего нельзя делать. Постоянно болит. Тогда я понял, что меня спорт угробил»*. Мы видим экспрессивную и обобщенную картину травмы, которая типична для высоко тревожных спортсменов. Основным ресурсом преодоления стресса для него выступает планирование и переоценка вкупе с детальным анализом произошедшего.

Спустя определенное время он, пользуясь поддержкой близких, приходит к отказу от мыслей о травме как катастрофе: *«На самом деле я сам себя угробил. Пришлось взяться за ум. Я отбросил глупые детские вещи, например, что я из железа сделан и т.д. Пришлось смириться, что я из костей и мяса, что эта система очень легко нарушается и легко травмируется. Тогда я полгода вообще не тренировался — читал книги. Я понимал, что будет очень позорно для меня, даже слабостью будет уйти. Травмировался — и всё, свалил? Так многие делают. Меня считали одноразовым спортсменом. Было очень обидно»*. Этот момент вплотную подвел спортсмена к необходимости активного вмешательства в свою судьбу, что отразилось в осознанной партисипативной позиции пациента, работающего вместе с врачом. Основной задачей стало выработка дальнейшей стратегии тренировок, более безопасных и плодотворных, чем раньше: *«Это очень серьезная поворотная точка. Ты полностью переосмысливаешь все детали. У тебя есть отдельные кусочки паззла — это правильный тренировочный процесс. Он из очень многих кусочков должен состоять. И ты, пока не тренируешься, можешь их все вычленишь и правильно положить. Я это сделал, у меня получилось. В прошлом году я вернулся на соревнования и выиграл»*. Следует особо отметить, что с такой серьезной травмой он имел мало шансов продолжить карьеру, но волевые ресурсы позволили перевести эмоциональное реагирование в интеллектуально-аналитическую активность. Этот пример был впоследствии многократно использован авторами как модель осознания и вовлечения спортсмена в процесс восстановления. Значительную роль в успешном посттравматическом росте [4; 18] сыграло наличие качественной поддерживающей среды, семейной и профессиональной.

Заключение

Представленные случаи показывают значение травмы именно как жизненного события, запускающего эмоциональные, когнитивные и поведенческие изменения привычного бытия спортсмена. Перефразируя описание психологом и спортсменом Андреасом Кюттелем экологического подхода [14], мы, глядя на морковь, часто замечаем только саму морковь и не думаем о почве, в которой она выросла; так и в вопросах психологической реабилитации спортсмена авторы считают наиболее важной интервенцией создание салютогенной, стресс-растворяющей среды. Важно отметить, что популярность работы спортсмена с психологом-консультантом растет в последние годы, что особенно важно в свете выраженного упадка психологии спорта в России в период 1990-х и 2000-х годов. Успешная помощь спортсмену, чье профессиональное долголетие находится под угрозой ввиду перенесенной травмы, организуется в русле междисциплинарного взаимодействия, когда спортсмен оказывается вовлечен в командную синергичную работу лечащего врача, психолога-консультанта и значимых близких — как семьи, так и спортивного сообщества.

Благодарности

Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации № МК-2938.2019.6.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев А.В.* Идеомоторная тренировка в состоянии сниженного уровня бодрствования // Научные труды ВНИИФК за 1970. Т. 2. / Под ред. А.В. Короткова. М.: ВНИИФК, 1972. С. 194—195.
2. *Довжик Л.М., Бочавер К.А.* Психология спортивной травмы. М.: Спорт, 2019. 272 с.
3. *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2008. 352 с.
4. *Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б.* Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 8—26. doi:10.17759/cpp.2019270202
5. *Стамбулова Н.Б.* Психология спортивной карьеры. СПб.: Центр карьеры, 1999. 367 с.
6. *Холмогорова А.Б., Горчакова В.А.* Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация эссенского опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 3. С. 120—137.
7. *Andersen M.B.* Returning to action and the prevention of future injury // Coping with sports injuries: Psychological strategies for rehabilitation / J. Crossman (ed.). Oxford; New York: Oxford University Press, 2001. P. 162—173.

8. *Bianco T.* Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences // *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 2001. Vol. 72 (4). P. 376—388. doi:10.1080/02701367.2001.10608974
9. *Brown C.* Injuries: The psychology of recovery and rehab // *The Sport Psych Handbook* / S. Murphy (ed.). Champaign, IL: Human Kinetics, 2005. P. 215—235.
10. *Drawer S., Fuller C.W.* Evaluating the level of injury in English professional football using a risk based assessment process // *British Journal of Sports Medicine*. 2003. Vol. 36 (6). P. 446—451. doi:10.1136/bjism.36.6.446
11. *Evans H., Hardy L., Fleming S.* Intervention strategies with injured athletes: An action research study // *The Sport Psychologist*. 2000. Vol. 14 (2). P. 186—206. doi:10.1123/tsp.14.2.188
12. *Ford I.W., Gordon S.* Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training // *Journal of Sport Rehabilitation*. 1998. Vol. 7 (2). P. 79—94. doi:10.1123/jsr.7.2.79
13. *Hemmings B., Povey L.* Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom // *British Journal of Sports Medicine*. 2002. Vol. 36 (1). P. 61—64. doi:10.1136/bjism.36.1.61
14. *Ivarsson A., Tranaeus U., Johnson U., et al.* Negative psychological responses of injury and rehabilitation adherence effects on return to play in competitive athletes: a systematic review and meta-analysis // *Open Access Journal of Sports Medicine*. 2017. Vol. 8. P. 27—32. doi:10.2147/OAJSM.S112688
15. *Lesyk J.J.* The nine mental skills of successful athletes [Электронный ресурс] // Ohio Center for Sport Psychology, 1998. URL: <https://www.sportpsych.org/nine-mental-skills-overview> (дата обращения: 5.09.19).
16. *Podlog L., Eklund R.C.* A Longitudinal Investigation of Competitive Athletes' Return to Sport Following Serious Injury // *Journal of Applied Sport Psychology*. 2006. Vol. 18 (1). P. 44—68. doi:10.1080/10413200500471319
17. *Taylor J., Taylor S.* Pain education and management in the rehabilitation from sports injury // *The Sport Psychologist*. 1998. Vol. 12 (1). P. 68—88. doi:10.1123/tsp.12.1.68
18. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G.* Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15 (1). P. 1—18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
19. *Williams J.M., Andersen M.B.* Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model' // *Journal of Applied Sport Psychology*. 1998. Vol. 10 (1). P. 5—25. doi:10.1080/10413209808406375

PSYCHOLOGICAL RISKS AND THE END OF CAREER IN THE EVENT OF INJURY IN HIGH PERFORMANCE SPORT: ANALYSIS OF CASES

K.A. BOCHAVER*,
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia,
konstantin.bochaver@gmail.com

L.M. DOVZHNIK**,
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia,
lydia.dovzhnik@gmail.com

The paper presents the psychological aspect of sports injury in high performance sport. The significance of injury manifests itself in the disruption of everyday life, pain, discomfort, and stress, as well as the accompanying existential experiences. On the one hand, injury appears to be a routine and frequent component of the sports profession; on the other hand, its importance is enormous, and an injured athlete can end his/her professional trajectory without being able to become successful and prosperous in life outside of sport. The work emphasized four cases from the authors' practice. They demonstrate that a high level of perfectionism and internality in the experience of injury can manifest itself in self-blame and internal conflict; successful post-traumatic growth requires a supporting environment. We indicate the importance of an interdisciplinary approach to intervention when all the key specialists and the close ones are involved in the psychological recovery of an athlete.

Keywords: counseling, sport psychology, high performance sport, stress, injury, anxiety.

Acknowledgements

This work was supported by grant of President of Russian Federation №MK-2938.2019.6.

REFERENCES

1. Alekseev A.V. Ideomotornaya trenirovka v sostoyanii snizhennogo urovnya bodrstvovaniya [Ideomotor training in a state of reduced wakefulness]. In

For citation:

Bochaver K.A., Dovzhik L.M. Psychological Risks and the End of Career in the Event of Injury in High Performance Sport: Analysis of Cases. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 136–148. doi: 10.17759/cpp.2019270409. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Bochaver Konstantin Alekseyevich*, Ph.D., Head of the Laboratory of Sport Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, e-mail: konstantin.bochaver@gmail.com

** *Dovzhik Lydia Mikhailovna*, Ph.D., Researcher, Laboratory of Sport Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, e-mail: lydia.dovzhnik@gmail.com

- Korotkov A.V. *Nauchnye trudy VNIIFK za 1970. T. 2.* [Studies completed in All-Union Research Institute of Physical Education in 1970. Vol. 2]. Moscow: VNIIFK, 1972, pp. 194—195.
2. Dovzhik L.M., Bochaver K.A. *Psikhologiya sportivnoi travmy* [Psychology of sports injury]. Moscow: Sport, 2019. 272 p.
 3. Il'in E.P. *Psikhologiya sporta* [Sport psychology]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 352 p.
 4. Sergienko A.I., Kholmogorova A.B. Posttravmaticheskii rost i koping-strategii roditel'ei detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Post-traumatic growth and coping strategies of parents of children with disabilities]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27 (2), pp. 8—26. doi:10.17759/cpp.2019270202. (In Russ., abstr. in Engl.).
 5. Stambulova N.B. *Psikhologiya sportivnoi kar'ery* [Psychology of sports career]. Saint Petersburg: Tsentr kar'ery, 1999. 367 p.
 6. Kholmogorova A.B., Gorchakova V.A. Travmaticheskii stress i ego vliyanie na sub"ektivnoe blagopoluchie i psikhicheskoe zdorov'e: aprobatsiya essenskogo oprosnika travmaticheskikh sobytii [Traumatic stress and its influence on subjective wellbeing and mental health: validation of the ESSEN trauma inventory]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (3), pp. 120—137. (In Russ., abstr. in Engl.).
 7. Andersen M.B. Returning to action and the prevention of future injury. In Crossman J. (ed.). *Coping with sports injuries: Psychological strategies for rehabilitation*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2001, pp. 162—173.
 8. Bianco T. Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2001. Vol. 72 (4), pp. 376—388. doi:10.1080/02701367.2001.10608974
 9. Brown C. Injuries: The psychology of recovery and rehab. In Murphy S. (ed.). *The Sport Psych Handbook*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005, pp. 215—235.
 10. Drawer S., Fuller C.W. Evaluating the level of injury in English professional football using a risk based assessment process. *British Journal of Sports Medicine*, 2003. Vol. 36 (6), pp. 446—451. doi:10.1136/bjism.36.6.446
 11. Evans H., Hardy L., Fleming S. Intervention strategies with injured athletes: An action research study. *The Sport Psychologist*, 2000. Vol. 14 (2), pp. 186—206. doi:10.1123/tsp.14.2.188
 12. Ford I.W., Gordon S. Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training // *Journal of Sport Rehabilitation*. 1998. Vol. 7 (2). P. 79—94. doi:10.1123/jsr.7.2.79
 13. Hemmings B., Povey L. Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom. *British Journal of Sports Medicine*, 2002. Vol. 36 (1), pp. 61—64. doi:10.1136/bjism.36.1.61
 14. Ivarsson A., Tranaeus U., Johnson U., et al. Negative psychological responses of injury and rehabilitation adherence effects on return to play in competitive athletes: a systematic review and meta-analysis. *Open Access Journal of Sports Medicine*, 2017. Vol. 8, pp. 27—32. doi:10.2147/OAJSM.S112688

15. Lesyk J.J. The nine mental skills of successful athletes [Elektronnyi resurs]. Ohio Center for Sport Psychology, 1998. Available at: <https://www.sportpsych.org/nine-mental-skills-overview> (Accessed 5.09.19).
16. Podlog L., Eklund R.C. A Longitudinal Investigation of Competitive Athletes' Return to Sport Following Serious Injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2006. Vol. 18 (1), pp. 44—68. doi:10.1080/10413200500471319
17. Taylor J., Taylor S. Pain education and management in the rehabilitation from sports injury. *The Sport Psychologist*, 1998. Vol. 12 (1), pp. 68—88. doi:10.1123/tsp.12.1.68
18. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004. Vol. 15 (1), pp. 1—18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
19. Williams J.M., Andersen M.B. Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model'. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1998. Vol. 10 (1), pp. 5—25. doi:10.1080/10413209808406375

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНИМАЛОТЕРАПИИ В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КЕЙСЫ

А.В. НИКОЛЬСКАЯ*,
ФГБОУ ВО РГУ имени А.Н. Косыгина, Москва, Россия,
tonokazutoya@gmail.com

А.А. КОСТРИГИН**,
ФГБОУ ВО РГУ имени А.Н. Косыгина, Москва, Россия,
artdzen@gmail.com

Рассматривается достаточно новый для отечественной психотерапевтической практики подход — анималотерапия. Отмечается отсутствие в отечественной научной и психотерапевтической литературе работ, всесторонне рассматривающих эффективность анималотерапии (как в позитивном, так и в негативном плане), ее использование в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и подробно анализирующих собственный опыт применения анималотерапии с описанием конкретных кейсов. Обсуждаются ключевые характеристики анималотерапии, описывается процедура регистрации животного как участвующего в терапии, анализируются результаты применения анималотерапии в работе с различными психотерапевтическими и психокор-

Для цитаты:

Никольская А.В., Костригин А.А. Эффективность использования анималотерапии в когнитивно-поведенческой терапии: психотерапевтические кейсы // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 149—164. doi: 10.17759/cpp.2019270410

* *Никольская Анастасия Всеволодовна*, кандидат психологических наук, доцент, Российский государственный университет имени А.Н. Косыгина, Москва, Россия, e-mail: tonokazutoya@gmail.com

** *Костригин Артем Андреевич*, старший преподаватель, Российский государственный университет имени А.Н. Косыгина, Москва, Россия, e-mail: artdzen@gmail.com

рекионными проблемами, обосновывается эффективность использования анималотерапии в КПТ-терапии и ее катализирующая роль в терапевтических процессах. Авторами описывается опыт применения анималотерапии в рамках КПТ. На примере двух тематических случаев, иллюстрирующих различные цели и условия, рассмотрены структура и уместность включения животного в КПТ в зависимости от проблемы клиента, представлены методики использования животного, релевантные проблеме клиента и поставленным психотерапевтическим целям.

Ключевые слова: анималотерапевтическое вмешательство, пет-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапевтические цели, включение животного в процесс терапии, кейс психотерапии.

В настоящее время наблюдается интерес и отмечается перспективность использования животных в психотерапии, что позволило обозначить новый подход — анималотерапию. В отечественной литературе данный подход осмысливается по следующим направлениям: литературные обзоры зарубежных исследований [2; 13]; описание истории метода и перечисление позитивных результатов его использования [5; 8]; описание включения животных в терапевтический процесс наряду с применением иных методик, подбор которых авторами не обосновывается [1]; результаты применения анималотерапии в узком направлении без раскрытия сущности данного направления психотерапии [3; 11; 12]; отнесение к анималотерапии экологии [7]; включение в анималотерапию и простую демонстрацию изображений животных, оказывающую влияние на развитие детей [4; 6; 9]. Все указанные работы описывают анималотерапию как безусловно эффективный подход [10] и не раскрывают некоторые его ограничения или препятствия, которые анималотерапия может создать в процессе психотерапии.

Несмотря на широкое рассмотрение анималотерапии в литературе, на данный момент отсутствуют работы, всесторонне объединяющие позитивные и негативные аспекты ее применения, рассматривающие возможности ее использования в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и анализирующие отдельные психотерапевтические кейсы в рамках анималотерапии. Нами предпринята попытка восполнить данный пробел. В данной работе ставится цель определить ключевые особенности анималотерапии, описать результаты ее применения на основе зарубежной литературы, обосновать эффективность ее использования в рамках КПТ и проанализировать кейсы из собственного опыта применения анималотерапии и полученный в ходе них психотерапевтический эффект.

Общая характеристика анималотерапии

Определение анималотерапии. Ключевые характеристики анималотерапии (*animal-assisted therapy* — ААТ), отличающие данный метод от иных форм взаимодействия с животными, таких как активность с животными или ненаправленная анималотерапия (*animal-assisted activities*) или обучение при помощи животных (*animal-assisted education*), определяются организацией *Pet Partners*¹. К ним относятся [32]:

1) анималотерапия контролируется специалистом, предоставляющим терапевтическое вмешательство, в рамках своих профессиональных компетенций;

2) использование животных в рамках терапии имеет определенную, специфическую для каждого пациента или группы пациентов, цель, например, улучшение навыков общения, социальных навыков, установление доверительного контакта и т. д.;

3) процесс такой терапии документируется, т. е. каждая сессия отмечается в карте клиента с указанием достигнутого/не достигнутого прогресса.

Таким образом, ААТ — целенаправленное вмешательство, в котором животное, отвечающее определенным критериям, является неотъемлемой частью процесса лечения. ААТ-услуги предоставляются специалистом в области психологии, психиатрии или социальной работы в рамках его практики/профессии [34]. Этот вид терапии предн значен для улучшения физического, социального, эмоционального и/или когнитивного функционирования человека. ААТ предоставляется в различных условиях (сеттингах) и может быть как групповой, так и индивидуальной. Процесс анималотерапии должен документироваться и оцениваться.

Положительное и отрицательное влияние анималотерапии на психологическое благополучие человека. Эмпирические исследования подтверждают позитивные физиологические и психологические результаты, связанные с ААТ. Отметим несколько областей:

— при взаимодействии человека и животного у обоих участников наблюдается увеличение уровня эндорфина, окситоцина, пролактина, фениловой кислоты и дофамина, а также снижение уровня кортизола, что говорит о положительных психологических последствиях такого взаимодействия [30];

¹ *Pet Partners* (ранее известная как *Delta Society*) — это организация, которая создает учебные материалы и курсы для профессионалов и волонтеров, чтобы научить их, как использовать связь между человеком и животным в интересах клиентов.

— фиксируется улучшение в эмоциональной сфере, снижение уровня депрессии, тревоги, длительности эмоциональных кризисов, повышение самооценки, чувства самоуважения [14; 17; 18; 35; 36];

— использование животного в психотерапевтических целях способствует развитию социальных навыков человека, его социализации, формированию коммуникативных умений [18; 19; 20; 23; 29].

ААТ играет значимую роль в психотерапии: она формирует положительную атмосферу, облегчает развитие терапевтического альянса, создает чувство безопасности и принятия [15; 17; 19; 21; 27; 31; 35; 37].

Отмечаются и негативные последствия использования животных в рамках психотерапии. Присутствие животного, хотя и облегчает эмоциональные процессы, но одновременно снижает эмоциональное возбуждение, которое необходимо для протекания терапевтических процессов, решения личностных проблем и преодоления дезадаптивных установок [24; 25].

Анималотерапия как перспективный метод КПТ. По нашему мнению, анималотерапия должна стать особым методом в рамках КПТ. К сожалению, перспективы ее использования в указанном психотерапевтическом направлении представлены в малом количестве исследований.

Лианна Биль (*L. Beale*) показывает, что ААТ является перспективным приложением и дополнением к КПТ [16; 33]. В частности, она отмечает значимую роль животного в переживании тревоги и снятии эмоционального кризиса после обнаружения травмирующего фактора. Мелисса Хант и Рейчел Чизков (*M.G. Hunt, R.R. Chizkov*), используя метод экспрессивного письма, по Дж. Пеннебейкеру (*J.W. Pennebaker*), показывают, что клиенты, взаимодействующие с собаками во время этой процедуры, переживают меньше стресса и травмирующих эмоций, но также продуктивно описывают свои проблемы и готовы глубоко с ними работать; ААТ направлено на те личностные процессы пациента, которые соответствуют проблематике КПТ [24]. В перспективе предполагается применение лошадей для актуализации когнитивных процессов личности [28].

Обобщив рассмотренные работы [16; 22; 24; 26; 28], можно сделать вывод о том, что ААТ при КПТ играет положительную роль за счет интенсификации следующих терапевтических процессов:

— животные облегчают переживание эмоций и стресса после выявления травмирующих установок, убеждений, стереотипов;

— животные способствуют созданию атмосферы безусловного принятия и формированию чувства безопасности у клиента, что помогает выстраивать новые когнитивные паттерны после обнаружения негативных и разрушающих;

— взаимодействие с животным актуализирует воспоминания о позитивном социальном и личном опыте клиента;

— животные выступают эффективным объектом проекции установок и эмоций клиента;

— животные являются безопасным и привлекательным объектом для отработки новых поведенческих паттернов.

Мы считаем, что современные исследования по анималотерапии требуют более детального рассмотрения ее использования в рамках КПТ и обоснования указанных положений на примере конкретных психотерапевтических кейсов.

Опыт применения анималотерапии в рамках КПТ: психотерапевтические кейсы

Далее мы приведем несколько примеров из собственной практики, демонстрирующих эффективность использования метода анималотерапии в рамках КПТ. В целях соблюдения конфиденциальности личные данные клиентов были изменены таким образом, чтобы их нельзя было идентифицировать.

Кейс 1. Клиент — женщина, 26 лет, избегающее расстройство личности. На момент обращения:

— закончила медицинский университет, но не хотела идти в ординатуру из-за боязни критики, неодобрения или отвержения коллегами;

— ни разу не ездила в такси, не звонила по телефону незнакомым людям, не вступала в разговоры с продавцами в магазине из-за страха насмешек;

— не находилась в интимных отношениях из-за боязни отвержения;

— ощущала свою неадекватность в новых межличностных или социальных ситуациях;

— считала себя профессионально непригодной, социально неумелой;

— избегала любых рисков, связанных с попытками попробовать что-то новое.

При первой встрече скованна, эмоционально заторможена, избегает зрительного контакта. Декларирует готовность работать над собой. Говорит о желании научиться навыкам социального взаимодействия с целью установления интимных отношений.

Работа с клиенткой проводилась в рамках рационально-эмоциональной поведенческой терапии А. Эллиса (РЭПТ). Были выявлены следующие иррациональные установки.

1. Моя жизнь должна быть легкой и радостной, в противном случае я не могу наслаждаться жизнью.

2. Это ужасно, когда дела идут не так, как я хотела бы.

3. Лучше избегать, чем противостоять жизненным трудностям.

4. Я нуждаюсь в ком-то более сильном, чем я, чтобы я могла на него положиться.

Можно видеть, что клиентка демонстрировала крайне низкую переносимость фрустрации. По шкале от 0 до 10, где 0 — самое худшее, что может случиться в жизни (в случае клиентки — болезнь и смерть матери, а также ее собственная смертельная болезнь), а 10 — лучшее, что может случиться в жизни (замужество и рождение детей), клиентка отметила, что наилучший исход имеющейся проблемной ситуации — неспособности к эффективному социальному взаимодействию — находится на уровне 9, наихудший — на уровне 2, достаточно приемлемым результатом она сочла способность поддерживать беседу в социальных ситуациях, отметив эту способность на уровне 5. При этом результат, которого, по ее мнению, она может добиться, был отмечен на уровне 3.

Таким образом, при низкой оценке самооффективности (3) и высокой склонности к драматизации (наилучший и наихудший исходы проблемной ситуации близки к полюсам) клиентке сложно было решиться начать работу над собой. Кроме того, дискутирование и аргументацию — эффективные методы ослабления иррациональных убеждений — на начальном этапе не имело смысла использовать в силу неготовности клиентки поддерживать беседу из-за страха неодобрения со стороны специалиста.

На второй встрече много плачет. На просьбу рассказать о трех эпизодах из жизни, когда она чувствовала себя по-настоящему счастливой, описывает один эпизод из детства, когда к ним на дачу приезжали знакомые с большой собакой. Собака была готова играть с клиенткой, и клиентка чувствовала, что она нравится собаке, а также могла не стесняться собаки.

Оба других эпизода относятся к ощущению самооффективности: смогла научиться карабкаться по канату в детстве, поступила на бюджетное место в университет.

Следовательно, перед специалистом стояло две первоочередных задачи: создать атмосферу безоценочного принятия и работать над повышением чувства самооффективности.

На третью встречу было решено взять собаку-терапевта. Собака соответствовала всем критериям, предъявляемым *Pet Partners*.

Терапевтической целью встречи было: установление доверия между клиентом и терапевтом. Клиентке было приятно, что терапевту показалось настолько важным, что один из счастливых эпизодов ее жизни был связан с собакой, что на следующей встрече ее ждала собака. Для нее это означало, что она является значимой для терапевта, независимо от того, насколько она неуклюжа в межличностном общении. Далее терапевт рассказал смешную историю, связанную с этой собакой. История заставила клиентку рассмеяться. С этого момента клиентка стала более

раскованной в общении. Это позволило начать работу с драматизацией. Специалист попросил клиентку вспомнить о случаях из жизни, которые представлялись крайне важными и вызывали острые негативные переживания, но по прошествии времени оказались незначительными. Клиентка вспомнила несколько случаев, связанных как с неудачами в межличностном общении, так и со сферой достижений. Таким образом, удалось начать работу с переосмыслением установки «Это ужасно, когда дела идут не так, как я хотела бы».

На следующей встрече целью присутствия собаки было укрепление доверия между клиентом и терапевтом и создание атмосферы безоценочного принятия. Уже ко второй встрече собака радостно приветствовала клиентку, и терапевт попросил клиентку объяснить, почему собака так радуется. Клиентка затруднилась. Терапевт напомнил, что еще в ее детстве ей нравились большие собаки. Значит, большие собаки находят в ней что-то, что кажется им привлекательным. Клиентка обещала подумать. В свою очередь терапевт сказал, что может перечислить качества клиентки, которые кажутся ему привлекательными. В частности, учитывая проблемы, с которыми она обратилась, необходимо иметь немало мужества, чтобы закончить школу, поступить и закончить университет, наконец, решиться обратиться за психологической помощью. Была затронута следующая иррациональная установка: «Моя жизнь должна быть легкой и радостной, в противном случае я не могу наслаждаться жизнью». Терапевт спросил, может ли клиентка назвать кого-то из знакомых, чья жизнь кажется ей беззаботной. Клиентка ответила, что среди ее знакомых таких нет. На вопрос, считает ли она, что те, кто кажется счастливым, не имеют жизненных проблем, она уверенно ответила, что это невозможно. Клиентка получила домашнее задание сконцентрироваться на ярких моментах своей жизни, которые делают ее счастливой, и определить свои сильные стороны, которые позволили ей добиваться желаемого.

В следующую встречу терапевт попросил, чтобы клиентка описала, что, по ее мнению, думает собака о ней во время встреч. Клиентка признала, что у нее есть черты, которые могут быть привлекательными для окружающих: она добрая, она не осуждает других за ошибки, она старается думать о том, как ее поступки в отношении других отражаются на окружающих.

Во время четвертой встречи собака вышла из комнаты в тот момент, когда клиентка ее гладила. Терапевт попросил клиентку предложить несколько интерпретаций поведения собаки. Клиентка без затруднений перечислила возможные варианты: собака что-то услышала и пошла посмотреть, собака захотела пить/есть. Это позволило перейти к методу альтернативных гипотез с целью научиться избегать поспешных оценок поведения других до того, как получить больше информации, поскольку

клиентка была склонна к интерпретации поведения других, как осуждающего.

Таким образом, собака присутствовала на 5 терапевтических сессиях. Дальнейшее присутствие собаки терапевт посчитал избыточным, поскольку клиентка готова была продуктивно работать с терапевтом.

Терапия заняла в общей сложности 15 месяцев. По окончании терапии клиентка заканчивала ординатуру, единственная из ординаторов получила предложение остаться работать в известной московской детской больнице. Другим важным ее достижением стал поход по Уральским горам, куда ее пригласила сестра и где она не знала ни одного человека.

Следует подчеркнуть, что собака послужила катализатором, позволившим быстрее перейти непосредственно к работе с запросом клиентки, благодаря предоставлению безоценочного принятия, в котором клиентка остро нуждалась. Однако, по сути, основной эффект был достигнут благодаря методам РЭПТ.

Кейс 2. Клиент — мужчина, 31 год. Патологический страх собак. На момент обращения хочет начать жить совместно с любимой девушкой, однако у девушки лабрадор-ретривер. В связи с этим выдвигает запрос на снятие страха перед собаками. Утверждает, что собак любит, но одновременно боится любых, даже самых маленьких. Тревогу вызывает даже вид и лай собак по телевизору. Выражает готовность делать все, что потребуется и «работать над собой часами напролет», если это позволит снять страх как можно быстрее.

На первой встрече, в процессе разглядывания фото собак разных пород, а также прослушивания вокализаций собак, выясняется, что клиент не умеет интерпретировать коммуникативные сигналы собак, воспринимая большинство из них как угрожающие. Иррациональная установка клиента: «Любая собака несет угрозу, поэтому лучше избегать общения с собаками». Цель клиента — защитить себя. Эта цель вступает в противоречие с другой целью — снять страх перед собаками, чтобы начать совместную жизнь с девушкой, у которой есть собака.

Терапевтом было принято решение использовать как когнитивные, так и поведенческие методы терапии. В рамках когнитивной терапии задачей терапевта было способствовать замене иррационального убеждения «Следует избегать любой потенциальной угрозы, связанной с собаками» на рациональное убеждение «Беспокойство само по себе не может меня защитить. Если я столкнусь с собакой, я в первую очередь определю, действительно ли она опасна. Если да, я научусь тому, как вести себя в этой ситуации, чтобы уменьшить опасность».

Анализ эмоции страха позволил выявить у клиента следующие логические ошибки:

— склонность к генерализации: то, что меня когда-то облаяла собака, означает, что я не нравлюсь собакам и они всегда будут относиться ко мне агрессивно;

— представление, что если что-то плохое может произойти, то оно неизбежно произойдет: поскольку собака может укусить, то она обязательно укусит.

Вторая встреча была посвящена обсуждению коммуникативных сигналов собак и значению этих сигналов. Домашнее задание заключалось в том, чтобы стараться интерпретировать поведение собак, встреченных на улице, в рамках новых знаний.

На третью встречу решено было пригласить собаку, поскольку клиент очень хотел максимально ускорить процесс. Соответственно был применен метод систематической десенсибилизации при насыщении раздражителем, вызывающим страх (*in vivo flooding*).

Собака, присутствовавшая на этой встрече, была щенком 6 месяцев. Это была самка добермана, взятая из приюта, куда она попала от владельца, державшего ее в маленькой для нее клетке с 1,5 месяцев. Собака была настроена на построение альянса с людьми, но побаивалась мужчин. Войдя в комнату, собака стала прятаться за терапевта. Клиент выглядел напряженным. На вопрос терапевта, как он может интерпретировать поведение собаки, он предположил, что собака его боится. Терапевт подтвердил. У клиента это вызвало удивление и гордость — «меня боится ДОБЕРМАН?!». Дальнейшее время сессии было посвящено тому, как правильно себя вести с собакой, которая боится. Клиент расслабился, и приблизительно через 20 минут собака осмелилась приблизиться к нему, чтобы обнюхать. Согласно инструкции, полученной от терапевта, клиент продолжал разговаривать с терапевтом, не делая резких движений и стараясь не обращать внимания на собаку. Главным аргументом, который помог ему это делать, был рассказ терапевта о судьбе щенка и напоминание о том, что клиент — крупный мужчина, которому испугавшийся его щенок не может причинить вреда. Кроме того, собака находилась на поводке. К концу встречи собака взяла с ладони клиента печенье, а потом лизнула его руку. Для клиента это было столь значимой победой, что он выразил готовность на следующей встрече познакомиться с большой собакой. Однако терапевт убедил его, что задача построения отношений (а ведь фактически запрос клиента был на построение отношений с собакой своей девушки) еще не решена. Поэтому клиент выразил согласие на продолжение встреч со щенком.

Таким образом, уже первая встреча с собакой позволила клиенту поставить под сомнение обе иррациональные установки: сверхобобщающую — о том, что собаки всегда будут относиться к нему агрессивно, и пророческую — о том, что если собака может укусить, то она обязательно укусит.

В течение еще 4 встреч терапевт и клиент наблюдали, как меняется поведение собаки при появлении клиента на каждой следующей встрече, и интерпретировали коммуникативные сигналы собаки. Обсуждались все эмоции, проявляемые собакой, — страх, настороженность, радость, любопытство, привязанность, и все эмоции, которые испытывал клиент при этом. В одну из этих встреч клиент попытался подтянуть к себе собаку за ошейник. Собака описалась от страха. Это вызвало в клиенте волну сочувствия и подвело к размышлениям о том, что тот, кто вызывает страх, может руководствоваться самыми лучшими намерениями, а тот, кто внушает страх, на самом деле может бояться.

Спустя еще две встречи, клиент сообщил, что он переехал жить к своей девушке и подружился с ее лабрадором.

В данном случае были применены как когнитивные, так и поведенческие методы работы со страхом клиента. Метод систематической десенсибилизации позволил снять страх перед собаками. Метод выявления иррациональных установок, лежащих в основе эмоции страха, и замещения их рациональными убеждениями, а также метод альтернативных интерпретаций позволили клиенту научиться интерпретировать поведение собак и регулировать свои собственные реакции на их поведение в рамках безопасного взаимодействия.

Выводы

Проведенный анализ позволяет нам относиться к анималотерапии не как к панацее, а как к вспомогательному методу, эффективно работающему в психотерапии только в определенных условиях и для решения определенных задач. В частности, нами показано, что:

— присутствие собаки во время терапевтической сессии в некоторых случаях может ускорять установление терапевтического альянса за счет безоценочного принятия клиента со стороны животного;

— обсуждение взаимодействия клиента с собакой и их взаимных реакций друг на друга в рамках сессий может способствовать инсайтам клиента относительно тех или иных аспектов его межличностного взаимодействия;

— анималотерапия является перспективным методом, способствующим эффективному проведению КПТ.

При этом мы помним, что применение животных в терапии имеет недостатки: недостаточную проработанность методологии и отсутствие четких критериев показаний к использованию метода. Надеемся, что по мере накопления данных этот пробел будет восполняться и данная статья вносит свой скромный вклад в осмысление и решение актуальных для анималотерапии проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антошина Г.В. Анималотерапевтическая программа «Хвостатый лекарь» // Новые исследования. 2010. № 24. С. 38—59.
2. Бугаева Е.И. Дельфинотерапия в коррекционно-реабилитационной деятельности с детьми // Сборник работ 69-й научной конференции студентов и аспирантов Белорусского государственного университета (г. Минск, 14—17 мая 2012 г.). Ч. 2. Минск: Изд. центр БГУ, 2013. С. 5—9.
3. Васильева Ю.Ю., Катасонова А.В. Психофизиологические механизмы лечебного эффекта при дельфинотерапии у детей с задержкой психического развития и ранним детским аутизмом // Человек и современный мир. 2017. № 11. С. 24—31.
4. Гармаева Т.В., Пестерева О.А. Нравственное воспитание дошкольников: опыт, проблемы, современные подходы // Вестник Бурятского государственного университета. 2017. № 7. С. 16—24.
5. Дударь А.И., Хусяинов Т.М. Возможности использования домашних животных при работе с клиентом в современной социальной работе и психологии // Гуманитарные научные исследования. 2015. № 3. С. 104—111.
6. Екишова К.В. Перспективы виртуальной анималотерапии для снятия стресса и увеличения работоспособности // Гуманитарная информатика. 2017. № 13. С. 45—53.
7. Калашикова И.В., Салтан Н.В., Гонтарь О.Б., и др. Экологическая терапия как коррекционно-педагогический элемент в комплексном подходе при лечении логоневроза у дошкольников // Образование и наука. 2016. № 8. С. 127—144.
8. Коголовская А.С. Канистерапия как подход в психотерапии и реабилитации // Отечественный журнал социальной работы. 2014. № 4. С. 114—121.
9. Мантикова А.В. Высокоорганизованные млекопитающие как элемент семейной системы // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. 2016. № 4. С. 16—37.
10. Никольская А.В. Эффективность ненаправленной анималотерапии для детей с различными формами дизонтогенеза // Психология и психотехника. 2012. № 8. С. 87—99.
11. Раевская А.И., Шмелева Н.Б. Потенциал анималотерапии в психотерапевтической работе с людьми пожилого и старческого возраста // Сибирский научный вестник. 2015. № 3. С. 88—93.
12. Томаповская В.В., Принцев Н.В. Необходимость усиления влияния ветеринарных дисциплин в развитии анималотерапии, в том числе для предотвращения негативных социальных явлений // Иппология и ветеринария. 2017. № 3. С. 41—47.
13. Эскин В.Я., Левицкая Т.Е. Иппотерапия как комплексный метод реабилитации и восстановления // Сибирский медицинский журнал. 2009. № 2. С. 61—63.
14. Anderson K.L., Olson M.R. The value of a dog in a classroom of children with severe emotional disorders // Anthrozoös. 2006. Vol. 19 (1). P. 35—49. doi:10.2752/089279306785593919
15. Athy A.L. Effects of a trained therapy dog in child-centered play therapy on children's biobehavioral measures of anxiety. Danton, TX: Argosy University, 2005. 151 p.
16. Beale L. Necessary components of a treatment protocol for childhood posttraumatic stress disorder using animal-assisted therapy as an adjunct to cognitive-behavioral therapy. Chicago, IL: The Chicago School of Professional Psychology, 2005. 94 p.

17. *Bleiberg J., Prout M., Debiak D., et al.* Animal-assisted prolonged exposure: A treatment for survivors of sexual assault suffering posttraumatic stress disorder // *Society & Animals*. 2005. Vol. 13 (4). P. 275—296. doi:10.1163/156853005774653654
18. *Chandramouleeswaran S., Russell P.S.S.* Complementary psychosocial interventions in child and adolescent psychiatry: Pet assisted therapy // *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2014. Vol. 36 (1). P. 4—8. doi:10.4103/0253-7176.127240
19. *Chitic V., Rusu A. S., Szamoskozi S.* The Effects of Animal Assisted Therapy on Communication and Social Skills: A Meta-Analysis // *Transylvanian Journal of Psychology*. 2012. Vol. 13 (1). P. 1—17.
20. *Corson S.A., Corson E., Gwynne P.H., et al.* Pet-facilitated psychotherapy in a hospital setting // *Current Psychiatric Therapies*. 1975. Vol. 15. P. 277—286.
21. *Covert A.M., Whiren A.P., Keith J., et al.* Pets, early adolescents, and families // *Marriage & Family Review*. 1985. Vol. 8 (3—4). P. 95—108. doi:10.1300/J002v08n03_08
22. *Fine A.H.* Incorporating animal-assisted interventions into psychotherapy: Guidelines and suggestions for therapists // *Handbook on animal-assisted therapy / A.H. Fine (ed.)*. San Diego, CA: Academic Press, 2015. P. 141—155.
23. *Friesen L.* Exploring animal-assisted programs with children in school and therapeutic contexts // *Early Childhood Education Journal*. 2010. Vol. 37 (4). P. 261—267. doi:10.1007/s10643-009-0349-5
24. *Hunt M.G., Chizkov R.R.* Are therapy dogs like Xanax? Does animal-assisted therapy impact processes relevant to cognitive behavioral psychotherapy? // *Anthrozoös*. 2014. Vol. 27 (3). P. 457—469. doi:10.2752/175303714X14023922797959
25. *Hunt M., Schloss M., Moonat H., et al.* Emotional processing versus cognitive restructuring in response to a depressing life event // *Cognitive Therapy and Research*. 2007. Vol. 31 (6). P. 833—851. doi:10.1007/s10608-007-9156-8
26. *Jones M.G., Rice S.M., Cotton S.M.* Who let the dogs out? Therapy dogs in clinical practice // *Australasian Psychiatry*. 2018. Vol. 26 (2). P. 196—199. doi:10.1177/1039856217749056
27. *Lange A.M., Cox J.A., Bernert D.J., et al.* Is counseling going to the dogs? An exploratory study related to the inclusion of an animal in group counseling with adolescents // *Journal of Creativity in Mental Health*. 2007. Vol. 2 (2). P. 17—31. doi:10.1300/J456v02n02_03
28. *Mallow A., Mattel P., Broas L.* “For the love of horses”: Establishing a protocol for women in a therapeutic community to work with rescued horses // *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2011. Vol. 11 (2). P. 205—208. doi:10.1080/1533256X.2011.566477
29. *Melson G.* Why the wild things are: Animals in the lives of children. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001. 236 p.
30. *Odendaal J.S.J.* Animal-assisted therapy — magic or medicine? // *Journal of Psychosomatic Research*. 2000. Vol. 49 (4). P. 275—280. doi:10.1016/S0022-3999(00)00183-5
31. *Parshall D.P.* Research and reflection: Animal-assisted therapy in mental health settings // *Counseling and Values*. 2003. Vol. 48 (1). P. 47—56. doi:10.1002/j.2161-007X.2003.tb00274.x
32. Pet Partners. Benefits of the Human-Animal Bond [Электронный ресурс]. URL: <https://petpartners.org/learn/benefits-human-animal-bond/?pid=315> (дата обращения: 11.07.2019)

33. *Samoilov A., Goldfried M.R.* Role of emotion in cognitive-behavior therapy // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000. Vol. 7 (4). P. 373—385. doi:10.1093/clipsy.7.4.373
34. *Tucker M.T.* The pet partners team training course manual: A Delta Society Program for Animal-Assisted Activities and Therapy. Bellevue, WA: Delta Society, 2008. 341 p.
35. *Urichuk L., Anderson D.* Improving mental health through animal-assisted therapy. Edmonton, Alberta: The Chimo Project, 2003. 268 p.
36. *Westra H.A., Stewart S.H., Conrad B.E.* Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia // *Journal of Anxiety Disorders*. 2002. Vol. 16 (3). P. 233—246. doi:10.1016/S0887-6185(02)00091-9
37. *Wilkes J.K.* The Role of Companion Animals in Counseling and Psychology: Discovering Their Use in the Therapeutic Process. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 2009. 156 p.

THE EFFICIENCY OF ANIMAL-ASSISTED THERAPY IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: PSYCHOTHERAPEUTIC CASES

A.V. NIKOLSKAYA*,
Kosygin Russia State University, Moscow, Russia,
tonokazutoya@gmail.com

A.A. KOSTRIGIN**,
Kosygin Russia State University, Moscow, Russia,
artdzen@gmail.com

We discuss a rather new approach for the Russian psychotherapeutic practice — animal-assisted therapy. Russian scientific and psychotherapeutic literature lacks scientific studies that comprehensively consider the effectiveness of animal-assisted therapy (both positively and negatively), its use in cognitive behavioral therapy (CBT) and analyze in detail the researchers' own experience of using animal therapy with a description of specific cases. Hence we discuss the key characteristics

For citation:

Nikolskaya A.V., Kostrigin A.A. The Efficiency of Animal-Assisted Therapy in Cognitive Behavioral Therapy: Psychotherapeutic Cases. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 149—164. doi: 10.17759/cpp.2019270410. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Nikolskaya Anastasia Vsevolodovna*, Ph.D., Associate Professor, Kosygin Russian State University, Moscow, Russia, e-mail: tonokazutoya@gmail.com

** *Kostrigin Artem Andreevich*, Senior Lecturer, Kosygin Russian State University, Moscow, Russia, e-mail: artdzen@gmail.com

of animal-assisted therapy, describe the procedure of registering an animal for participation in therapy, analyze the results of using animal-assisted therapy for various psychotherapeutic and psychocorrectional problems, and substantiate the efficiency of animal-assisted therapy within CBT and its catalytic role in therapeutic processes. We describe the experience of using animal-assisted therapy as part of CBT. Using the example of two thematic cases that illustrate various goals and conditions, the structure and relevance of the inclusion of an animal in CBT depending on the client's problem are considered, and methods of using an animal relevant to the client's problem and psychotherapeutic goals are presented.

Keywords: animal-assisted interventions, pet-therapy, cognitive behavioral therapy, psychotherapeutic goals, incorporating animal into therapy, psychotherapy case.

REFERENCES

1. Antoshina G.V. Animaloterapevticheskaya programma "Khvostaty lekar'" [The Animal-Assisted Therapy Program "Healer with a Tail"]. *Novye issledovaniya* [New Studies], 2010, no. 24, pp. 38–59.
2. Bugaeva E.I. Del'finoterapiya v korrektsionno-reabilitatsionnoi deyatel'nosti s det'mi [Dolphin-assisted Therapy in Correctional-Rehabilitation Activity with Children]. *Sbornik rabot 69-i nauchnoi konferentsii studentov i aspirantov Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta* (g. Minsk, 14–17 maya 2012 g.) [Proceedings of the 69th Scientific Conference of Students and Postgraduates of the Belarus State University]. Vol. 2. Minsk: BGU Publ., 2013, pp. 5–9.
3. Vasil'eva Yu.Yu., Katasonova A.V. Psikhofiziologicheskie mekhanizmy lechnogo efekta pri del'finoterapii u detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya i rannim detskim autizmom [Psychophysiological Mechanisms of a Treatment Effect within Dolphin-assisted Therapy in Children with Mental Retardation and Early Infantile Autism]. *Chelovek i sovremenniy mir* [The Human Being and the Modern World], 2017, no. 11, pp. 24–31.
4. Garmaeva T.V., Pestereva O.A. Nравственное воспитание doshkol'nikov: opyt, problemy, sovremennye podkhody [Moral Education of Preschoolers: Experience, Problems, Modern Approaches]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Buryat State University], 2017, no. 7, pp. 16–24.
5. Dudar' A.I., Khusyainov T.M. Vozmozhnosti ispol'zovaniya domashnikh zhivotnykh pri rabote s klientom v sovremennoi sotsial'noi rabote i psikhologii [The Opportunities of Use of Pets within Customer Relations in Modern Social Work and Psychology]. *Gumanitarnye nauchnye issledovaniya* [Humanitarian Scientific Studies], 2015, no. 3, pp. 104–111.
6. Ekshova K.V. Perspektivy virtual'noi animaloterapii dlya snyatiya stressa i uvelicheniya rabotosposobnosti [The Perspectives of Virtual Animal-assisted Therapy for Stress Reduce and Increase of Working Capacity]. *Gumanitarnaya informatika* [Humanitarian Informatics], 2017, no. 13, pp. 45–53.
7. Kalashnikova I.V., Saltan N.V., Gontar' O.B., et al. Ekologicheskaya terapiya kak korrektsionnopedagogicheskii element v kompleksnom podkhode pri lechenii logonevroza u doshkol'nikov [Ecological Therapy as a Correctional-Pedagogical Element in the Complex Approach within the Treatment of Preschooler's Logoneurosis]. *Obrazovanie i nauka* [Education and Science], 2016, no. 8, pp. 127–144.

8. Kogalovskaya A.S. Kanisterapiya kak podkhod v psikhoterapii i reabilitatsii [Canis Therapy as an Approach in Psychotherapy and Rehabilitation]. *Otechestvennyi zhurnal sotsial'noi raboty* [Domestic Journal of Social Work], 2014, no. 4, pp. 114—121.
9. Mantikova A.V. Vysokoorganizovannye mlekopitayushchie kak element semeinoi sistemy [Highly Organized Mammals as an Element of a Family System]. *PEM: Psychology. Educology. Medicine*, 2016, no. 4, pp. 16—37.
10. Nikol'skaya A.V. Effektivnost' nenapravlennoi animaloterapii dlya detei s razlichnymi formami dizontogeneza [The Efficiency of Animal-Assisted Activities for Children with Different Forms of Disontogenesis]. *Psikhologiya i psikhotehnika* [Psychology and Psychotechnology], 2012, no. 8, pp. 87—99.
11. Raevskaya A.I., Shmeleva N.B. Potentsial animaloterapii v psikhoterapevticheskoi rabote s lyud'mi pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Animal-assisted Therapy Potential in Psychotherapy with Elderly and Senile People]. *Sibirskii nauchnyi vestnik* [Sibirsk Scientific Bulletin], 2015, no. 3, pp. 88—93.
12. Tomanovskaya V.V., Printsev N.V. Neobkhodimost' usileniya vliyaniya veterinarnykh distsiplin v razvitii animaloterapii, v tom chisle dlya predotvrashcheniya negativnykh sotsial'nykh yavlenii [The Need of Acceleration of Impact of Vet Disciplines in Animal-assisted Therapy Development, Particularly for Negative Social Phenomena Prevention]. *Ippologiya i veterinariya* [Hippology and Veterinary Science], 2017, no. 3, pp. 41—47.
13. Eskin V.Ya., Levitskaya T.E. Ippoterapiya kak kompleksnyi metod reabilitatsii i vosstanovleniya [Hippotherapy as a Complex Method of Rehabilitation and Recovery]. *Sibirskii meditsinskii zhurnal* [Siberian Medical Journal], 2009, no. 2, pp. 61—63.
14. Anderson K.L., Olson M.R. The value of a dog in a classroom of children with severe emotional disorders. *Anthrozoös*, 2006. Vol. 19 (1), pp. 35—49. doi:10.2752/089279306785593919
15. Athy A.L. Effects of a trained therapy dog in child-centered play therapy on children's biobehavioral measures of anxiety. Danton, TX: Argosy University, 2005. 151 p.
16. Beale L. Necessary components of a treatment protocol for childhood posttraumatic stress disorder using animal-assisted therapy as an adjunct to cognitive-behavioral therapy. Chicago, IL: The Chicago School of Professional Psychology, 2005. 94 p.
17. Bleiberg J., Prout M., Debiak D., et al. Animal-assisted prolonged exposure: A treatment for survivors of sexual assault suffering posttraumatic stress disorder. *Society & Animals*, 2005. Vol. 13 (4), pp. 275—296. doi:10.1163/156853005774653654
18. Chandramouleeswaran S., Russell P.S.S. Complementary psychosocial interventions in child and adolescent psychiatry: Pet assisted therapy. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2014. Vol. 36 (1), pp. 4—8. doi:10.4103/0253-7176.127240
19. Chitic V., Rusu A. S., Szamoskozi S. The Effects of Animal Assisted Therapy on Communication and Social Skills: A Meta-Analysis. *Transylvanian Journal of Psychology*, 2012. Vol. 13 (1), pp. 1—17.
20. Corson S.A., Corson E., Gwynne P.H., et al. Pet-facilitated psychotherapy in a hospital setting. *Current Psychiatric Therapies*, 1975. Vol. 15, pp. 277—286.
21. Covert A.M., Whiren A.P., Keith J., et al. Pets, early adolescents, and families. *Marriage & Family Review*, 1985. Vol. 8 (3—4), pp. 95—108. doi:10.1300/J002v08n03_08

22. Fine A.H. Incorporating animal-assisted interventions into psychotherapy: Guidelines and suggestions for therapists. In Fine A.H. (ed.). *Handbook on animal-assisted therapy*. San Diego, CA: Academic Press, 2015. P. 141—155.
23. Friesen L. Exploring animal-assisted programs with children in school and therapeutic contexts. *Early Childhood Education Journal*, 2010. Vol. 37 (4), pp. 261—267. doi:10.1007/s10643-009-0349-5
24. Hunt M.G., Chizkov R.R. Are therapy dogs like Xanax? Does animal-assisted therapy impact processes relevant to cognitive behavioral psychotherapy? *Anthrozoös*, 2014. Vol. 27 (3), pp. 457—469. doi:10.2752/175303714X14023922797959
25. Hunt M., Schloss M., Moonat H., et al. Emotional processing versus cognitive restructuring in response to a depressing life event. *Cognitive Therapy and Research*, 2007. Vol. 31 (6), pp. 833—851. doi:10.1007/s10608-007-9156-8
26. Jones M.G., Rice S.M., Cotton S.M. Who let the dogs out? Therapy dogs in clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 2018. Vol. 26 (2), pp. 196—199. doi:10.1177/1039856217749056
27. Lange A.M., Cox J.A., Bernert D.J., et al. Is counseling going to the dogs? An exploratory study related to the inclusion of an animal in group counseling with adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health*, 2007. Vol. 2 (2), pp. 17—31. doi:10.1300/J456v02n02_03
28. Mallow A., Mattel P., Broas L. “For the love of horses”: Establishing a protocol for women in a therapeutic community to work with rescued horses. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2011. Vol. 11 (2), pp. 205—208. doi:10.1080/1533256X.2011.566477
29. Melson G. *Why the wild things are: Animals in the lives of children*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001. 236 p.
30. Odendaal J.S.J. Animal-assisted therapy — magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 2000. Vol. 49 (4), pp. 275—280. doi:10.1016/S0022-3999(00)00183-5
31. Parshall D.P. Research and reflection: Animal-assisted therapy in mental health settings. *Counseling and Values*, 2003. Vol. 48 (1), pp. 47—56. doi:10.1002/j.2161-007X.2003.tb00274.x
32. Pet Partners. Benefits of the Human-Animal Bond [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://petpartners.org/learn/benefits-human-animal-bond/?pid=315> (Accessed 11.07.2019)
33. Samoilov A., Goldfried M.R. Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2000. Vol. 7 (4), pp. 373—385. doi:10.1093/clipsy.7.4.373
34. Tucker M.T. *The pet partners team training course manual: A Delta Society Program for Animal-Assisted Activities and Therapy*. Bellevue, WA: Delta Society, 2008. 341 p.
35. Urichuk L., Anderson D. *Improving mental health through animal-assisted therapy*. Edmonton, Alberta: The Chimo Project, 2003. 268 p.
36. Westra H.A., Stewart S.H., Conrad B.E. Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 2002. Vol. 16 (3), pp. 233—246. doi:10.1016/S0887-6185(02)00091-9
37. Wilkes J.K. *The Role of Companion Animals in Counseling and Psychology: Discovering Their Use in the Therapeutic Process*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 2009. 156 p.

САМООРГАНИЗУЮЩИЕСЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ПРИ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.Д. ШУСТОВ*,
ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»
Минздрава России,
Москва, Россия,
sashashustov777@mail.ru

Д.И. ШУСТОВ**,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
dmitri_shustov@mail.ru

О.Д. ТУЧИНА***,
ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ», Москва, Россия,
shtuchina@gmail.com

Для цитаты:

Шустов А.Д., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Шустова С.А. Самоорганизующиеся терапевтические системы при амбулаторной терапии пограничных зависимых пациентов // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 165—174. doi: 10.17759/cpp.2019270411

* *Шустов Александр Дмитриевич*, аспирант, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: sashashustov777@mail.ru

** *Шустов Дмитрий Иванович*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

*** *Тучина Ольга Дмитриевна*, научный сотрудник, ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ», Москва, Россия, e-mail: shtuchina@gmail.com

С.А. ШУСТОВА****,
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,
sv_shustova@mail.ru

На примере клинического случая «трех братьев» обсуждается стихийно организованная структура сдерживания для профилактики бегства и отыгрываний пограничных клиентов, страдающих алкогольной зависимостью. Структура имеет транс-семейный (включает членов нескольких семей) характер и предусматривает симбиотические и созависимые отношения клиентов и их матерей. Оцениваются положительные и отрицательные моменты существования такой структуры и перспективы ее изменения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, пограничное личностное расстройство, психотерапия, семейная система, генограмма.

Трудности терапии алкогольной зависимости (АЗ) у пограничных пациентов общеизвестны [2; 4]. Они обусловлены в первую очередь повышенной склонностью этих пациентов к несуйцидальным самоповреждениям и суицидальным попыткам, так что и само лечение, связанное с запретом употребления алкоголя под страхом смерти, которое популярно в РФ, может использоваться лицами с пограничным личностным расстройством (ПЛР) аутоагрессивно — с целью причинения себе физического или психологического вреда [5; 8; 9]. Другим фактором, затрудняющим терапию АЗ у пациентов с ПЛР, является их расщепленная личностная структура, которая стремится к соединению через переживание тяжелейшего состояния — депрессии заброшенности [1; 10]. Депрессия заброшенности, парадоксально улучшая самочувствие пациентов с ПЛР, обостряется в ситуациях, связанных с потерей любимого объекта привязанности и необходимостью двигаться в сторону формирования или упрочения новой связи. Однако ее проявления в большинстве случаев требуют психотерапевтического и фармакотерапевтического вмешательства [15]. Употребление алкоголя и психоактивных веществ предоставляет пограничным личностям возможности для социально понятного отыгрывания неприятных эмоций, а также и для «профилактики» обострения депрессии заброшенности. Вместе с тем синдром отмены, усугубляя внутриличностный кризис, создает условную квазитерапевтическую ситуацию, когда пациенты вынуждены переживать составляющие депрессию заброшенности эмоции, тем самым снижая интенсивность внутриличностного пограничного рас-

**** Шустова Светлана Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия, e-mail: sv_shustova@mail.ru

шепления [6]. Таким образом, нарастающее по интенсивности употребление ПАВ и прогрессирование зависимости является для личности ПЛР и условно-лечебным фактором, так что воздерживаться от употребления и формировать ремиссию у пациентов с ПЛР и АЗ нет никаких имплицитных резонансов. Другими словами, улучшение личностного функционирования у пациентов с ПЛР не тождественно улучшению в течение АЗ.

Если длительное стационарное лечение или лечение в условиях реабилитационного центра предоставляет условия сдерживания, препятствующие убеганию и отыгрыванию, и, следовательно, личностная симптоматика прорабатывается в поддерживающих условиях терапевтической среды, то в амбулаторных условиях, чуть только ситуация становится специфически стрессовой, оживляя воспоминания детской заброшенности, сепарации и психологической несвободы, зависимый пациент с ПЛР, чтобы избежать переживания гаммы неприятных эмоций, «вынужден» войти в состояние интоксикации. В этом, на наш взгляд, основная трудность амбулаторного лечения удовлетворительно функционирующих в социуме (имеющих работу и семью, находящихся в процессе отделения от «затопляющих» [overwhelming] родителей) зависимых пациентов с ПЛР. Для профилактики убегания амбулаторных пациентов предложены несколько терапевтических моделей, например, терапия подкрепления сообществом, 12-шаговая программа и диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ) [2; 11; 12]. Направленная на работу с ПЛР, сопровождающимся зависимостями и аутоагрессивным поведением, ДБТ, как нам кажется, наиболее полно описывает диалектический баланс между сдерживающими (формирующими здоровые границы) и отпускающими (позволяющими и разрешающими самостоятельность, даже ценой ухода в интоксикацию) интервенциями. Другое дело — сложность осуществления ДБТ, особенно поддерживающих самого профессионала вмешательств (институты супервизии и дидактической терапии в нашей стране только формируются), при отсутствии развитой сети государственных кризисных отделений.

Нам представляется, что в определенных условиях сами зависимые пациенты с ПЛР формируют особые эпитеерапевтические диалектические микросоциальные структуры, осуществляющие сдерживание и дающие возможность для функционирования в несимбиотических условиях. В своей статье мы попытаемся описать и проанализировать одну из таких структур на примере трех относительно независимых друг от друга, но связанных по ряду параметров семей. В целях соблюдения принципов профессиональной этики имена и биографические данные пациентов изменены.

Описание случая

Сыновья-алкоголики: Три семьи объединяют сыновья, страдающие АЗ, двое из которых, Д. и М. являются двоюродными братьями, а третий — С. — «как брат» (рис. 1). Был и четвертый брат, носивший такое же имя, как С., однако он умер, отравившись метиловым спиртом. С. был в это время в 11-летней терапевтической ремиссии, но снова стал злоупотреблять после смерти четвертого брата. Двое из трех «братьев» (М. и С.) имеют собственные семьи, но испытывают затруднения с определением границ между родительской и собственной семей. Все трое сохранили тесную связь с матерями, так что старшая из матерей — Г., назвала такой стиль отношений — «синдромом неразорванной пуповины». Все три брата позволяют матерям отводить их к врачу, договариваться о нюансах лечения, решать финансовые вопросы и следить за графиком посещений. Так же как матери игнорируют вмешательство мужей, сыновья игнорируют помощь и поддержку своих жен. Все трое имеют эпизоды аутоагрессивных и агрессивных отыгрываний, в том числе эпизодов физического насилия над близкими и матерями. Все трое со слезами на глазах вспоминают смерть их брата С., хотя причины ее объясняют по-разному. Наибольший коэффициент суицидальной опасности (КСО) [3] имеет М. (6,22), который ради драйва прыгал с высокого (с 7-этажный дом) моста в реку и с третьего этажа дома, затем Д. (3,03) и С. (1,08).

Созависимые матери: три из них (Г., О., А.) — родные сестры, мать четвертого (Л.) — лучшая подруга старшей сестры. У А. сын погиб сразу по возвращении из армии, отравившись суррогатом алкоголя. Родные сестры происходят из семьи, где их общая мать была трижды замужем за алкоголиками, которые умирали один за другим от связанных с алкоголизмом соматических проблем. Все три женщины доминируют в семье, отдавая избыток энергии зависимым сыновьям, частично игнорируя самих себя, других детей и внуков от них.

Динамика: Обращению по поводу лечения братьев предшествовал удачный опыт терапии АЗ у их дяди — брата Л. Первым по настоящему Г. и Л. лечился от АЗ С., который сформировал стойкую 11-летнюю ремиссию, но «сорвался» после смерти названного брата-тезки (несчастный случай, который он искренне считал суицидом). До сегодняшнего времени С. не формировал ремиссии больше полутора лет; вместе с матерью приходил и снимал терапевтический запрет перед планируемыми выпивками, так как, с его слов, хотел «контролировать сам себя» без чьей-либо помощи. Следующим Г. и О. привели племянника и сына Д., который лечился впервые и через 6 месяцев «сорвался», выпив на фоне неснятого терапевтического запрета после смерти в ДТП своего друга, объясняя рискованную выпивку тем, что надеялся на помощь собутыль-

Семья «трех сестер» А., О. и Г. и «трех братьев» С., Д. и Г.

Семья Л. и «как-бы братья» С.

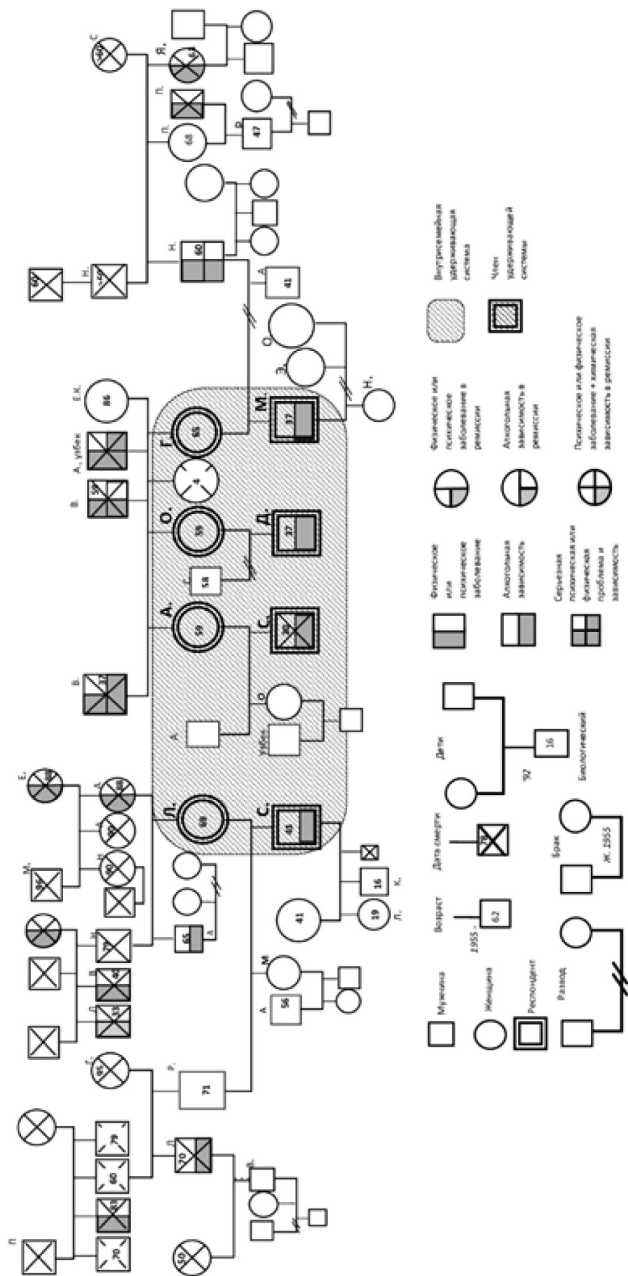


Рис. 1. Генограмма расширенной семьи

ников в случае плохого самочувствия. Д. с готовностью принял предложение сменить метод лечения и принимать таблетку дисульфирама из рук матери в рамках контрактного метода [13].

Последним за лечебной помощью Г. привела своего сына М. Мать волновал «запойный алкоголизм» сына, эпизоды которого М. обесценивал, отрицая их важность и значимость. Г. предлагала полечить сына от курения, чтобы, по ее мнению, затем он смог бы «плавно перейти к лечению алкоголизма». Интересно, что Г., в свою очередь, «не замечала» аутоагрессивного поведения сына, связанного с частыми ДТП и прыжками с высокого моста в воду в поисках драйва. М., несмотря на то, что старался под контролем матери посещать лечебные сеансы, не смог бросить курить: к любому запрету и ограничению он относился оппозиционно и отмечал резко возрастающую потребность курить после сеанса. О лечении алкогольной зависимости М. обещал подумать, при этом он особенно беспокоился об удаче в лечении младшего брата Д.

Анализ и обсуждение

Формирование подобной терапевтической сети стало возможным в силу пограничной склонности и матерей, и сыновей к симбиотическим взаимоотношениям. Взрослые дети заботящихся матерей делегировали последним ответственность за результаты лечения и всю деятельность по обеспечению этих результатов. В свою очередь, матери черпали поддержку из отношений с психотерапевтом. Эти отношения устраивают всех участников терапевтической иерархии, в том числе и терапевта как своеобразной части этой системы. Все осознанные попытки терапевта дистанцироваться и стимулировать самостоятельность и ответственность наталкиваются на сопротивление, поскольку предполагают конфронтационные вмешательства, к которым не готовы коморбидные пограничные пациенты. Новые условия терапевтического симбиоза для коморбидных пациентов являются диалектической структурой, регулирующей интенсивность зависимого поведения и степень патологической личностной регрессии: так, срывы ремиссии и интоксикация смягчают отыгрывания депрессии заброшенности через аутоагрессивное поведение, поскольку суицид-несчастный случай с «четвертым братом» — тезкой С. — является для всей новообразованной «семьи» болезненным примером того, что может случиться с пьющим человеком, оторвавшимся, пусть и на время (служба в армии), от семьи. Именно поэтому и С., и Д. после обострения злоупотребления алкоголем быстро возвращаются матерями в терапевтическое поле. Даже М., обладатель

самого высокого просуицидного рейтинга, после неудачной попытки вылечиться от табакокурения не покидает терапевтическое поле и продолжает консультироваться.

В одной из прежних работ нами было показано, что именно радикальное снижение классических (суицидальные намерения и попытки) аутоагрессивных актов соответствовало длительности и качеству ремиссии АЗ даже без существенного изменения личностной структуры [7]. Есть ли еще какой-либо положительный тренд в существующем положении вещей? Нам представляется, что усиление симбиотических отношений с терапевтом параллельно снижению интенсивности этих отношений с созависимыми родителями, что некоторые терапевты называют «первичным маневром» для лечения симбиотически-связанных клиентов [14], позволит коморбидным пациентам в конечном итоге сепарироваться от глобальной семьи и переместиться в свою собственную или создать ее. Понятно, что и движение матерей должно постепенно смещаться в группы поддержки для созависимых лиц.

Выводы

1. Двойные отношения (*dual relationships*) между терапевтом и клиентом могут способствовать образованию терапевтических систем, включающих родственников и близких клиента.

2. Люди, имеющие сходство жизненных сценариев, могут создавать единую семейную систему, в которой индивидуальные сценарии жизни подчиняются общему сценарию *новообразованной* семьи. Таким образом, семейная система и родственно-дружественные связи у созависимых формируют своеобразную сеть, куда включаются все новые и новые участники.

3. Индивидуальная психотерапия клиента, являющегося частью такой расширенной семейной системы, малоэффективна, поскольку адресованные одному члену «семьи» усилия нивелируются остальными членами системы, пытающимися вернуть клиента в лоно сценария. Наиболее эффективным представляется устранение двойных отношений психотерапевта за счет прекращения его связи с другими членами семейной системы и обеспечение персональной терапией каждого члена «семьи» отдельным специалистом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг Э. Лечение пограничных расстройств: пер. с англ. М.: КТЦ Гештальт-Анализа, 2011. 52 с.

2. *Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Вильямс, 2015. 592 с.
3. *Меринов А.В.* Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб.: ООО «Экспертные решения», 2017. 192 с.
4. *Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., и др.* Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 87—90.
5. *Шустов Д.И.* Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб.: СпецЛит, 2016. 207 с.
6. *Шустов А.Д., Клименко Т.В.* Стратегия и тактика при терапии пограничных клиентов // Вопросы наркологии. 2017. № 6. С. 117—119.
7. *Шустов Д.И., Федотов И.А., Юрченко Л.Н.* Клинико-психологическая статика и динамика терапевтических ремиссий при алкогольной зависимости // Наркология. 2014. № 9. С. 57—61.
8. *Шустов Д.И., Тучина О.Д.* Психотерапия алкогольной зависимости. СПб.: СпецЛит, 2016. 415 с.
9. *Энтин Г.М.* Летальные исходы при нарушениях режима трезвости после опосредованной стрессопсихотерапии больных алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 88—89.
10. *Masterson J.* Psychotherapy of the borderline adult: a developmental approach. New York: Brunner/Mazel, 1976. 377 p.
11. *Miller W.R., Meyers R.J., Hiller-Sturmhofel S.* Community-reinforcement approach // Alcohol Research and Health. 1999. Vol. 23 (2). P. 116—121.
12. *Nowinski J.* Facilitating 12-Step recovery from substance abuse and addiction // Treating substance abuse: theory and technique / F. Rotgers, J. Morgenstern, S.T. Walters (eds.). New York: The Guilford Press, 2003. P. 31—66.
13. *O'Farrell T.J.* Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism // Journal of Marital and Family Therapy. 2012. Vol. 38 (1). P. 122—144. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
14. *Schiff J.L., Schiff A.W., Mellor K., et al.* Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis. New York: Harper and Row, 1975. 113 p.
15. *Stoffers J.M., Lieb K.* Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder — Current Evidence and Recent Trends // Current Psychiatry Reports. 2015. Vol. 17 (1). P. 534. doi:10.1007/S11920-014-0534-0

SELF-ORGANIZING THERAPEUTIC SYSTEMS IN OUTPATIENT THERAPY OF BORDERLINE PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS

A.D. SHUSTOV*,

Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia,
sashashustov777@mail.ru

D.I. SHUSTOV**,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,
dmitri_shustov@mail.ru

O.D. TUCHINA***,

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department
of Public Health, Moscow, Russia,
shtuchina@gmail.com

S.A. SHUSTOVA****,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,
sv_shustova@mail.ru

Using a clinical case of three brothers, we discuss a spontaneous, self-organizing family system framework that prevents withdrawal from therapy and acting-out of the borderline clients diagnosed with alcohol dependence. This multi-family framework includes several family members and rests on the symbiotic and co-dependent relational patterns between the clients and their mothers. We discuss the positive and negative aspects of this framework and options for changing it.

Keywords: alcohol dependence, borderline personality disorder, psychotherapy, family system, genogram.

For citation:

Shustov A.D., Shustov D.I., Tuchina O.D., Shustova S.A. Self-Organizing Therapeutic Systems in Outpatient Therapy of Borderline Patients with Substance Use Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 165–174. doi: 10.17759/cpp.2019270411. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Shustov Alexander Dmitrievich*, Postgraduate Student, V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation Moscow, Russia. E-mail: sashashustov777@mail.ru

** *Shustov Dmitri Ivanovich*, Doctor in Medicine, Professor, Head of Psychiatry Department, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

*** *Tuchina Olga Dmitrievna*, Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology, Department of Public Health, Moscow, Russia, e-mail: shtuchina@gmail.com

**** *Shustova Svetlana Alexandrovna*, M.D., Associate Professor, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: sv_shustova@mail.ru

REFERENCES

1. Greenberg E. Lechenie pogranychykh rasstroivstv [Healing the borderline]. Moscow: KTTs Geshtal't-Analiza, 2011. 52 p. (In Russ.).
2. Linehan M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranychnogo rasstroivstva lichnosti [Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder]. M.: Vil'yams, 2015. 592 p. (In Russ.).
3. Merinov A.V. Rol' i mesto fenomena autoagressii v sem'yakh bol'nykh alkohol'noi zavisimost'yu. Saint Petersburg: Ekspertnye resheniya, 2017. 192 p.
4. Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., et al. Klinicheskaya i suitsidologicheskaya kharakteristika bol'nykh alkohol'noi zavisimost'yu s soputstvuyushchim pogranychnym rasstroivstvom lichnosti [Clinical and suicidological description of alcohol dependent patients with comorbid borderline personality disorder]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian medical & biological bulletin]*, 2015, no. 4, pp. 87–90.
5. Shustov D.I. Autoagressiya i samoubiistvo pri alkohol'noi zavisimosti: klinika i psikhoterapiya [Self-destruction and suicide in alcohol addiction: clinical picture and psychotherapy]. Saint Petersburg: Spetslit, 2016. 207 p.
6. Shustov A.D., Klimentko T.V. Strategiya i taktika pri terapii pogranychnykh klientov [Strategy and tactics of treating clients with borderline disorders]. *Voprosy narkologii [Journal of Addiction Problems]*, 2017, no. 6, pp. 117–119.
7. Shustov D.I., Fedotov I.A., Yurchenko L.N. Kliniko-psikhologicheskaya statika i dinamika terapevticheskikh remissii pri alkohol'noi zavisimosti [Clinical and psychological stato-dynamical characteristics of therapeutic remission of alcohol dependence (review and own findings)]. *Narkologiya [Narcology]*, 2014, no. 9, pp. 57–61.
8. Shustov D.I., Tuchina O.D. Psikhoterapiya alkohol'noi zavisimosti [Psychotherapy of alcohol dependence]. Saint Petersburg: SpetsLit, 2016. 415 p.
9. Entin G.M. Letal'nye iskhody pri narusheniyakh rezhima trezvosti posle oposredovannoi stressopsikhoterapii bol'nykh alkoholizmom [Mortality relating to violation of in alcohol-dependent patients who underwent mediated stress-psychotherapy]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2001, no. 4, pp. 88–89.
10. Masterson J. Psychotherapy of the borderline adult: a developmental approach. New York: Brunner/Mazel, 1976. 377 p.
11. Miller W.R., Meyers R.J., Hiller-Sturmhofel S. Community-reinforcement approach. *Alcohol Research and Health*, 1999. Vol. 23 (2), pp. 116–121.
12. Nowinski J. Facilitating 12-Step recovery from substance abuse and addiction. In Rotgers F., Morgenstern J., Walters S.T. (eds.). *Treating substance abuse: theory and technique*. New York: The Guilford Press, 2003, pp. 31–66.
13. O'Farrell T.J. Review or outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2012. Vol. 38 (1), pp. 122–144. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
14. Schiff J.L., Schiff A.W., Mellor K., et al. Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis. New York: Harper and Row, 1975. 113 p.
15. Stoffers J.M., Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder – Current Evidence and Recent Trends. *Current Psychiatry Reports*, 2015. Vol. 17 (1), p. 534. doi:10.1007/S11920-014-0534-0

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**
**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОНЛАЙН: О ЧЕМ ГОВОРЯТ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящем дайджесте рассматриваются результаты современных зарубежных исследований, связанных с психологической терапией онлайн, в частности, с онлайн-версией когнитивно-поведенческой терапии. Обсуждается эффективность онлайн-терапии по сравнению с очной терапией и приводятся результаты ее применения при разных проблемах.

Терапия по Интернету против очной терапии — что эффективнее?

Группа известных специалистов в области психотерапии из университетов Швеции, Дании и Нидерландов подготовила большой обзор по сравнительной эффективности когнитивно-поведенческой терапии с использованием Интернета (ИКПТ) при психических и соматических расстройствах, по сравнению с очной КПТ с использованием той же методологии.

Авторы отмечают, что первые исследования по применению ИКПТ в лечении психических расстройств появились в конце 90-х гг. прошлого

Для цитаты:

Психологическая терапия онлайн: о чем говорят исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 4. С. 175—182. doi: 10.17759/cpp.2019270412

века. Изначально ИКПТ копировала содержание и продолжительность очной психотерапии. Выполненные с тех пор более двухсот рандомизированных контролируемых испытаний показали клиническую эффективность ИКПТ в сравнении с контрольными группами. Обычно ИКПТ использовали в лечении тревожных расстройств и депрессии, но были и примеры ее применения при субклинических проблемах, например, прокрастинации и перфекционизме.

Терапия обычно заключается в первоначальном скрининге или диагностике с целью разработки программы лечения для пациента. После фазы оценки состояния пациенту назначают терапевта и в письменной форме сообщают план лечения (продолжительность, смена модулей). Модули копируют очную терапию и состоят из информации и упражнений (например, психообразование, запись своих мыслей и эксперименты с поведением). Каждый модуль завершается вопросами по теме, требующими письменного анализа или расширенного объяснения. Пациент отправляет ответы на них терапевту, который дает обратную связь относительно успехов пациента. Человеческое взаимодействие в ИКПТ в формате сопровождения может варьировать в диапазоне 1—15 минут в неделю, и, как показывают исследования, такое общение приносит положительные результаты.

Новый метаанализ подтвердил эквивалентность обоих терапевтических форматов — онлайн-терапии и очной. Отмечены некоторые интересные, хотя и незначимые, находки относительно предпочтительности ИКПТ или очной КПТ при определенных диагнозах. Наиболее очевидное преимущество очной КПТ проявилось для двух фобий, связанных с животными (боязнь пауков и змей). Возможная причина — в том, что при очной КПТ терапевт, работая со стимулом фобии, предъявляет пациенту змею или паука, тогда как при ИКПТ в качестве стимулов используются только тексты и картинки. Возможно, ситуация изменится с расширением применения виртуальной реальности. Другое различие касалось социального тревожного расстройства: результаты его терапии оказывались чуть лучше при ИКПТ. Это можно понять, если исходить из того, что сам терапевт может быть объектом фобии. В таком случае при очной КПТ пациент тратит больше сил на то, чтобы внутренне собраться, что будет мешать его полноценной концентрации на терапии.

Авторы указывают на ряд ограничений данного исследования: гетерогенность исследуемых клинических состояний и отсутствие учета формата терапии (индивидуального или группового), потенциально негативного эффекта (встречается у 5,8% пациентов при ИКПТ и у 5—10% — при очной КПТ) и долгосрочных эффектов.

Оригинал: *Carlbring P., Andersson G., Cuijpers P., et al.* Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated

systematic review and meta-analysis // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2017. Vol. 47 (1). P. 1—18. doi:10.1080/1650673.2017.1401115

Онлайн-КПТ при проблеме одиночества

Одиночество считается распространенным источником дискомфорта, который основывается на субъективном расхождении между действительной и желаемой социальной ситуацией. У некоторых людей чувство одиночества становится устойчивым состоянием, которое в свою очередь ассоциировано с широким спектром психиатрических и психологических проблем. Несмотря на небольшое количество существующих протоколов лечения, интервенции на основе КПТ уже показали свой положительный эффект. Данное исследование шведских ученых из Университета Линкепинга посвящено изучению эффективности 8-недельной онлайн-терапии с компонентами КПТ с целью снижения чувства одиночества.

Учеными были рекрутированы 73 психически здоровых участника, которых рандомизированно отнесли в группу терапии или в контрольную группу «листа ожидания». Параметры участников оценивали с помощью стандартизованных шкал самооценки степени одиночества, депрессии, социальной тревоги, беспокойности и качества жизни до начала терапии и после ее окончания. Линейный регрессионный анализ показал значимое воздействие онлайн-терапии на показатель первичного исхода для одиночества и показатели вторичного исхода для качества жизни и социальной тревоги, по сравнению с контролем. Результаты указывают на потенциальную пользу онлайн-КПТ в облегчении одиночества, но нужны дополнительные исследования долгосрочных эффектов, а также механизмов, лежащих в основе действия этой терапии.

Оригинал: *Käll A., Jägholm S., Hesser H., et al.* Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: A pilot randomized controlled trial [Электронный ресурс] // *Behavior Therapy*. 2019. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789419300474?via%3Dihub> (дата обращения: 01.08.2019). doi:10.1016/j.beth.2019.05.001

Новая стратегия расширяет пользу от КПТ по Интернету

Ученые из шведского Каролинского института поэкспериментировали с новой адаптивной стратегией КПТ по Интернету, которая в первый месяц выявляет пациентов с высоким риском безуспешной психотерапии. Результаты показывают, что таким пациентам КПТ тоже

может пойти на пользу, если ее адаптировать с учетом специфических потребностей конкретного пациента и стоящих перед ним задач. КПТ по Интернету эффективно используется при депрессии, паническом расстройстве, проблемах со сном и ряде других психологических трудностей. Многие исследования за последние 20 лет показали пользу от такой психотерапии, которая сопоставима с очной психотерапией. Клиническая практика уже приняла этот подход на большей части территории Швеции. Но, как и при любом другом методе, не всем данная терапия помогает в достаточной мере. Пока не найден способ заранее определить пациентов, которым КПТ с использованием Интернета принесет пользу, а для кого может оказаться бесполезной. Новая адаптивная стратегия лечения позволяет определить это к четвертой неделе психотерапии. Исследование выполнено на 251 пациенте, которые получали КПТ по Интернету в связи с бессонницей.

Оригинал: Forsell E., Jernelov S., Blom K., et al. Proof of concept for an adaptive treatment strategy to prevent failures in Internet-delivered CBT: A single-blind randomized clinical trial with insomnia patients // American Journal of Psychiatry. 2019. Vol. 176 (4). P. 315—323. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18060699

Онлайн-КПТ помогает детям с функциональными болями в животе

По данным шведского исследования, онлайн-КПТ (ОКПТ) может оказаться полезной в лечении болей в животе у детей, физическая причина которых не обнаруживается при обследовании. Известно, что около 13% от общей детской популяции страдают функциональным абдоминальным болевым расстройством (ФАБР), т. е., они испытывают боль и у них присутствуют прочие желудочные симптомы, но без каких-либо физических причин. У многих детей с ФАБР понижено качество жизни, и их семьи часто обращаются за медицинской помощью, что приводит к росту затрат общества. По настоящее время не получено доказательных данных о том, что лекарственная терапия или диета могут помочь детям с такими проблемами. Ранее шведские ученые уже показали эффективность ОКПТ для подростков с синдромом раздраженного кишечника (это один из диагнозов, включенных в ФАБР).

В новом исследовании приняли участие 90 шведских детей с ФАБР в возрасте 8—12 лет вместе с их родителями. Все дети до включения в исследование были осмотрены врачом и обследованы психологом, чтобы проверить у них наличие ФАБР. Была проведена рандомизация выборки, на основе которой одних детей включили в группу 10-недельной ОКПТ на основе экспозиционной терапии, а других — в группу стандартной

медицинской помощи. Результаты показывают, что у получавших ОКПТ детей повысилось качество жизни, снизилась частота желудочных проблем и редуцировался страх симптомов расстройства, а также понизилось избегание определенных ситуаций, по сравнению с детьми, получавшими стандартную медицинскую помощь. «ОКПТ удобна тем, что ее можно получать независимо от географического места проживания, для нее не требуется отрываться родителей от работы, а детей от школьных занятий», — комментирует первый автор Мария Лалуни (*Maria Lalouni*). Во время ОКПТ дети отрабатывали принятие симптомов и преодоление ситуаций, которых они предпочитали избегать. Примерами экспозиционных упражнений являются употребление еды, которая вызывает симптомы расстройства (например, пицца или мороженое), или посещение школы несмотря на боль в животе. Родителям давалось задание уделять меньше внимания симптомам детей и больше внимания рекреационной деятельности. Семьи получали ОКПТ в домашних условиях и имели возможность связаться с психологом посредством текстовых сообщений на интернет-платформе. Авторы указывают на экономичность ОКПТ по сравнению со стандартной медицинской помощью.

Оригинал: *Lalouni M., Ljótsson B., Bonnert M., et al. Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioural therapy in children with functional abdominal pain disorders // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2018. Vol. 17 (11). P. 2236—2244. doi:10.1016/j.cgh.2018.11.043*

Онлайн-терапия для обсессивно-компульсивного расстройства

В австралийском университете Флиндерс разработана онлайн-КПТ для обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Она включает в себя терапевтические стратегии, комментарии экспертов, видеоролики людей, описывающих свой опыт ОКР, и загружающиеся ресурсы. Терапия бесплатна и доступна на определенном сайте. Результаты применения ОКПТ с сопровождением терапевта в сравнении с прогрессивной релаксацией у пациентов с ОКР изложены в новой публикации научной группы разработчика данной терапии профессора Майка Кириоса (*Mike Kyrios*). Авторы отмечают благоприятный исход терапии, независимо от возраста, пола и интенсивности ОКР. Более того, эффект онлайн-терапии сохранялся после завершения терапии. КПТ считается наиболее эффективной терапией для ОКР — она в три раза эффективнее использования лекарств, хотя очные сессии с клиническим психологом не всегда возможны. «У пациентов с ОКР есть дополнительная проблема — им настолько стыдно, что они не обращаются за помощью. Они опасаются, что другие их будут осуждать, и тогда их состояние ухудшается, а оно

влияет на все аспекты их жизни», — говорит Кириос. — «В этом смысле онлайн-терапия предлагает уникальную возможность лечения, включая диагностику без посещения клиники».

Оригинал: *Kyrios M., Ahern C., Fassnacht D.B., et al.* Therapist-assisted Internet-based cognitive-behavioral therapy versus progressive relaxation in obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial [Электронный ресурс] // Journal of Medical Internet Research. 2018. Vol. 20 (8). P. e242. URL: <https://www.jmir.org/2018/8/e242/> (дата обращения: 10.08.2019). doi:10.2196/jmir.9566

Эффективность онлайн-КПТ в лечении психических расстройств

Авторы данного обзора рассматривают вопрос эффективности ОКПТ в терапии депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства, расстройства адаптации, биполярного расстройства, хронической боли и фобий. Кроме этого, исследуется роль ОКПТ в лечении сахарного диабета с коморбидными психическими расстройствами. Особое внимание уделено теме экономической эффективности ОКПТ (соотношение эффекта и затрат) и влиянию ОКПТ в отдаленных сельских районах. В основу обзора легли 373 статьи.

Среди достоинств ОКПТ авторы отмечают, что эта форма терапии помогает пациентам лучше понять свою болезнь. Одним из основных ограничений в клинических испытаниях с использованием ОКПТ является отсутствие надлежащей группы «цифрового плацебо». Отмечена значительная эффективность ОКПТ в лечении расстройств сна, в профилактике суицидов, в работе с женщинами с послеродовыми психическими расстройствами. Вместе с тем не очевидна эффективность ОКПТ в лечении наркологических расстройств.

По данным литературы, люди, проживающие в сельской местности, имеют меньший доступ к медицинской помощи, чем городские жители, и потому для них ОКПТ — это дополнительная возможность получения помощи специалистов. Однако в этих же районах хуже доступ к Интернету, что является существенным ограничением для помощи онлайн. Кроме того, значительное число пациентов предпочитают очные сессии КПТ с «живым» терапевтом, так что роль терапевта нуждается в дальнейших исследованиях.

Оригинал: *Kumar V., Sattar Y., Bseiso A. et al.* The effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders [Электронный ресурс] // Cureus. 2017. Vol. 9 (8). P. e1626. URL: <https://www.cureus.com/articles/8283-the-effectiveness-of-internet-based-cognitive-behavioral-therapy-in-treatment-of-psychiatric-disorders> (дата обращения: 10.08.2019). doi:10.7759/cureus.1626

Эффект онлайн-тренингов в профилактике симптомов тревоги и депрессии у подростков не доказан

Доказательств того, что когнитивный тренинг онлайн может предотвратить у подростков появление жалоб на тревогу и депрессию, не получено. Об этом свидетельствует исследование различных тренингов, выполненное в Амстердамском университете. В ходе диссертационного исследования автор Де Воогд (*de Voogd*) рассмотрела эффект различных когнитивных тренингов онлайн, направленных на снижение негативных когнитивных процессов, например, приписывания нейтральным реакциям в социальных медиа негативных посланий. Подобные искажения могут усиливать чувство тревоги и депрессии. По признаку наличия/отсутствия жалоб эмоционального характера было выделено две группы подростков, в которых исследовалось, как внимание к положительным эмоциям влияет на жалобы эмоционального характера. В обеих группах удалось увеличить внимание к положительным эмоциям. Отмечено также снижение тревоги и депрессивных жалоб и улучшение эмоциональной устойчивости, но не больше, чем у подростков, не получавших тренинг. Автор не исключает, что адаптация тренинга может привести к ожидаемому эффекту, например, если тренинг будет сфокусирован на жалобах подростка или будет им более интересен.

Оригинал: *De Voogd E.L., Wiers R.W., Prins P.J.M., et al.* Online attentional bias modification training targeting anxiety and depression in unselected adolescents: Short- and long-term effects of a randomized controlled trial // *Behaviour Research and Therapy*. 2016. Vol. 87. P. 11–22. doi:10.1016/j.brat.2016.08.018

Онлайн-терапия при телесном дисморфическом расстройстве

Согласно данным исследования группы шведских и британских ученых, онлайн-КПТ может помочь людям, страдающим телесным дисморфическим расстройством (ТДР). Это крупнейшее клиническое испытание, когда-либо проведенное с ТДР, и первое исследование, оценивающее воздействие на это состояние программы онлайн-терапии. Телесное дисморфическое расстройство (дисморфофобия) — это широко распространенное тревожное расстройство, при котором у человека искажено представление о собственной внешности и он затрачивает много времени на беспокойство о том, как он выглядит. В данном исследовании ученые оценивали эффективность направляемой терапевтом онлайн-КПТ для ТДР (ОКПТ-ТДР) в сравнении с поддерживающей терапией онлайн. Участниками исследования стали 94 взрослых пациента с диагнозом ТДР, которые на протяжении 12 недель получали ОКПТ-

ТДР или поддерживающую терапию онлайн. Во время терапии ни у кого из участников не было очного контакта с терапевтом и обе группы отслеживались на протяжении трех месяцев после окончания терапевтического воздействия. ОКПТ-ТДР, по сравнению с поддерживающей терапией, привела к значимому улучшению по параметрам тяжести симптоматики, депрессии и качества жизни, причем это улучшение сохранялось в течение минимум трех месяцев после окончания терапии. Через полгода 56% респондентов, получавших ОКПТ-ТДР, были признаны респондерами, т. е., их симптомы снизились на 30% и более, по сравнению с 13% респондеров в группе поддерживающей терапии. Среди получавших ОКПТ-ТДР 39% перестали соответствовать диагностическим критериям ТДР. У участников из контрольной группы, которые переключились на ОКПТ-ТДР с опозданием на полгода, состояние также улучшилось. Несмотря на отсутствие очного контакта с терапевтом, данная форма терапии хорошо принималась пациентами и не было сообщений о серьезных неблагоприятных эффектах терапии.

Оригинал: *Enander J., Andersson E., Mataix-Cols D. et al.* Therapist-guided Internet-based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: A single-blind randomised controlled trial [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2016. Vol. 352. P. i241. URL: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i241> (дата обращения: 12.07.2019). doi:10.1136/bmj.i241

Составитель-переводчик:
Елена Можаяева

PSYCHOTHERAPY ONLINE: WHAT STUDIES HAVE TO SAY ABOUT IT

In the current digest we consider the results of up-to-date foreign studies of online psychotherapy, namely, cognitive-behavioral therapy. The efficacy of online-CBT in comparison to face-to-face therapy is discussed and the results of its use for different problems are listed. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation:

Psychotherapy Online: What Studies Have to Say About It. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27, no. 4, pp. 175—182. doi: 10.17759/cpp.2019270412. (In Russ., abstr. in Engl.).

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор

Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор

Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

Бек Джудит (США) — доктор психологии, клинический профессор

Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор

Лэнгле Альфريد (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор

Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор

Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml