

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА:
ПСИХОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ:
ПАМЯТИ ФЕДОРА ЕФИМОВИЧА ВАСИЛЮКА**

**Кисельникова Н.В., Лаврова Е.В.,
Альмухаметова Т.Н., Куминская Е.А., Рзаева Ф.Р. —
Феноменологический анализ динамики переживаний
клиентов в процессе психотерапии:
изучение отдельных случаев. Часть 2**

**Ермолаева М.В., Лубовский Д.В. —
Клинико-психологическая характеристика
и экзистенциальная сущность «флорентийского синдрома»**

**Вачков И.В., Одинцова М.А., Тристан О.А. —
Особенности переживания духовного кризиса
и отношение к своему Я при спинальной травме**

***SPECIAL TOPIC:
PSYCHOLOGY OF EXPERIENCING:
IN THE MEMORY OF FYODOR E. VASILYUK***

***Kiselnikova N. V., Lavrova E. V., Almukhametova T. N.,
Kuminskaya E. A., Rzaeva F. R. —
Phenomenological Analysis of the Dynamics of Clients' Experience
in the Process of Psychotherapy: A Case-Study. Part 2***

***Ermolaeva M. V., Lubovsky D. V. —
Clinical and Psychological Characteristics
and Existential Essence of the "Florence Syndrome"***

***Vachkov I. V., Odintsova M. A., Tristan O. A. —
Features of Experiencing a Spiritual Crisis
and Attitudes to Self in Persons with Spinal Injury***

3

2020

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 28. № 3 (109) 2020 июль—сентябрь

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
И. Остроухова

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2020**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,81. Тираж 1000 экз.

- ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**
- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора
- СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: ПСИХОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ:
ПАМЯТИ ФЕДОРА ЕФИМОВИЧА ВАСИЛЮКА**
- 8 *Кисельникова Н.В., Лаврова Е.В., Альмухаметова Т.Н.,
Куминская Е.А., Рзаева Ф.Р.*
Феноменологический анализ динамики переживаний
клиентов в процессе психотерапии: изучение
отдельных случаев. Часть 2
- 25 *Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.*
Клинико-психологическая характеристика
и экзистенциальная сущность «флорентийского синдрома»
- 42 *Вачков И.В., Одинцова М.А., Тристан О.А.*
Особенности переживания духовного кризиса
и отношение к своему Я при спинальной травме
- ОТВЕЧАЯ НА ВЫЗОВЫ COVID-19**
- 65 *Bielinski L.L., Berger T.*
Internet Interventions for Mental Health: Current State
of Research, Lessons Learned and Future Directions
- 84 *Щедринская О.М., Бебчук М.А.*
Онлайн-консультирование через призму профессиональной
этики: проблемы и решения
- 100 *Tuchina O.D., Agibalova T.V., Panov A.S., Shustov D.I.,
Bryun E.A., Buzik O.Zh.*
Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients
with Substance Dependence
- НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**
- 122 *Калантарова М.В., Завалий Л.Б., Борисоник Е.В.,
Суботич М.И., Гречко А.В., Щелкунова И.Г., Петриков С.С.*
Цифровые технологии в когнитивной реабилитации
пациентов с очаговыми поражениями головного мозга
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 142 *Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А.*
Дифференцированная психологическая коррекция
интернет-зависимости у подростков
- МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ**
- 164 *Абабков В.А.*
Экономичность психотерапии
- ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**
- 178 *Коронакризис: локдаун и психическое здоровье*

- FROM THE EDITOR**
- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor
- SPECIAL TOPIC: PSYCHOLOGY OF EXPERIENCING:
IN THE MEMORY OF FYODOR E. VASILYUK**
- 8 *Kiselnikova N.V., Lavrova E.V., Almukhametova T.N.,
Kuminskaya E.A., Rzaeva F.R.*
Phenomenological Analysis of the Dynamics of Clients' Experience
in the Process of Psychotherapy: A Case-Study. Part 2
- 25 *Ermolaeva M.V., Lubovsky D.V.*
Clinical and Psychological Characteristics and Existential Essence
of the "Florence Syndrome"
- 42 *Vachkov I.V., Odintsova M.A., Tristan O.A.*
Features of Experiencing a Spiritual Crisis and Attitudes
to Self in Persons with Spinal Injury
- FACING THE CHALLENGES OF COVID-19**
- 65 *Bielinski L.L., Berger T.*
Internet Interventions for Mental Health: Current State
of Research, Lessons Learned and Future Directions
- 84 *Shchedrinskaya O.M., Bebhuk M.A.*
Online Counseling Through the Lens of Professional Ethics:
Challenges and Solutions
- 100 *Tuchina O.D., Agibalova T.V., Panov A.S., Shustov D.I.,
Bryun E.A., Buzik O.Zh.*
Ambivalent Prospecption: Covid-Related Attitudes in Patients
with Substance Dependence
- RESEARCH REVIEWS**
- 122 *Kalantarova M.V., Zavaliy L.B., Borisonik E.V., Subotich M.I.,
Grechko A.V., Shchelkunova I.G., Petrikov S.S.*
Digital Technologies in Rehabilitation of Patients
with Focal Brain Injury
- EMPIRICAL RESEARCHES**
- 142 *Malygin V.L., Merkurieva Y.A.*
Differentiated Intervention Model for Internet Addiction
in Adolescents
- WORKSHOP AND METHODS**
- 164 *Ababkov V.A.*
Economics of Psychotherapy
- RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**
- 178 The Coronavirus Crisis: Lockdown and Mental Health

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280301>

FROM THE EDITOR

For citation: Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280301>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Наш университет готовится к традиционной конференции Федора Ефимовича Василюка — организатора первого в России факультета психологического консультирования, а также первого в России журнала, посвященного проблемам психотерапии — Московского психотерапевтического журнала (ныне — Консультативная психология и психотерапия). Он ушел из жизни ровно три года назад 17 сентября 2017 г., и мы открываем третий выпуск нашего журнала специальной темой: «Психология переживания: памяти Федора Ефимовича Василюка».

Во всех трех статьях, включенных в эту рубрику, речь идет о теме, которую он впервые сделал предметом научного исследования — психологии переживания. Примечательно, что эти статьи сфокусированы на феноменологии переживаний человека, рассмотренной в разных ситуациях и контекстах: в процессе психотерапии (статья Кисельниковой Н.В., Лавровой Е.В., Альмухаметовой Т.Н., Куминской Е.А., Рзаевой Ф.Р.), в процессе восприятия произведений искусства (статья Ермолаевой М.В. и Лубовского Д.В.) и в процессе переживания тяжелых

кризисных жизненных ситуаций (статья Вачкова И.В., Одинцовой М.А., Тристан О.А.). Федор Ефимович был блестящим феноменологом и способствовал развитию этого метода в отечественной психотерапии. Политика нашего журнала также направлена на сохранение жанра анализа случаев и приветствует феноменологически насыщенные работы. Ведь феноменология связывает психологию с жизнью и остается важнейшим методом движения к теории и обобщениям более высокого порядка.

Мы продолжаем публикации по теме пандемии, начатые в предыдущем выпуске, ведь к ней по-прежнему привлечено внимание всех специалистов. Рубрику «Отвечая на вызовы COVID-19» мы решили сделать постоянной и будем наполнять ее по мере поступления статей на эту тему. Ведь даже после завершения пандемии (которого, как хочется надеяться, придется ждать не слишком долго) многие возникшие психологические проблемы будут сохраняться еще длительное время. Один из таких вызовов связан с онлайн-консультированием, которое стало стремительно распространяться в условиях самоизоляции и ограничения передвижения.

Эту рубрику впервые в истории нашего журнала открывает статья на английском языке, написанная специально для нас нашими швейцарскими коллегами доктором Белински Л.Л. и профессором Бергером Т. — известными экспертами в области интернет-консультирования. Возможно впервые российский читатель столь детально узнает об этом бурно развивающемся направлении психологического консультирования и близко познакомится с исследованиями его эффективности и ограничений. Мы благодарим профессора Бергера и доктора Белински за сотрудничество с нашим журналом и надеемся на его продолжение. Мы также надеемся, что российский читателя не смутят языковые ограничения, так как многие достаточно хорошо владеют английским, кроме того, сейчас доступны программы быстрого перевода, которые работают прямо на сайте «<https://psyjournals.ru/>».

Важным и очень своевременным продолжением темы дистанционного консультирования является статья российских авторов — Бебчук М.А. и Щедринской О.М. В российском сообществе, где пока не существует закона о психологической помощи, обращение к проблемам профессиональной этики и их обсуждение в контексте новых условий дистанционного консультирования крайне необходимы. Помимо этого, в статье дается очень важный практический материал в виде образцов контракта с пациентами и рекомендаций, направленных на правовое регулирование и нормализацию условий дистанционной работы.

Завершает данную рубрику эмпирическое исследование, направленное на сравнение стратегий поведения в условиях пандемии лиц, зависимых от ПАВ, и здоровых испытуемых. Известно, что в период панде-

мии возрастают риски деструктивных копингов в виде алкоголизации, употребления психоактивных веществ и аутодеструктивное поведение в целом. Все это делает данное исследование особенно важным и интересным. Большой авторский коллектив, включающий как психологов, так и наркологов (Тучина О.Д., Агibalова Т.В., Панов А.С., Шустов Д.И., Брюн Е.А., Бузик О.Ж), подготовил эту статью на английском языке, что важно для знакомства зарубежных коллег с отечественными исследованиями по теме, связанной с пандемией.

В следующих трех рубриках содержится по одной статье. «Научные обзоры» представлены большим авторским мультидисциплинарным коллективом врачей и психологов (Калантарова М.В., Завалий Л.Б., Борисоник Е.В., Суботич М.И., Гречко Ф.В., Щелкунова И.Г., Петриков С.С.). Их обзор посвящен животрепещущей теме цифровых технологий, на этот раз в реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга.

В рубрике «Эмпирические исследования» вновь затрагивается проблема цифровых технологий, но на этот раз анализируется ее обратная, теневая, сторона, ведущая к формированию зависимости. Малыгин В.Л. и Меркурьева Ю.А. рассматривают разные подходы к психологической помощи подросткам, страдающим интернет-зависимостью, и дают дифференцированную оценку их эффективности на основании сравнительного эмпирического исследования.

В статье В.А. Абабкова, представленной в рубрике «Мастерская и методы», затронута недостаточно освещаемая в российской печати проблема экономичности психотерапии. Автор уточняет и разводит различные термины и понятия из этой области, которые мало известны российским читателям, но весьма важны для дальнейшего развития психотерапии и ее внедрения в клиническую практику как важного и эффективного метода лечения, который помогает снизить бремя различных заболеваний.

И как всегда в конце номера — дайджест на актуальную тему (самые свежие новости о последствиях пандемии для разных групп населения), подготовленный постоянным составителем этой рубрики Еленой Можайевой, за что редакция выражает ей неизменную благодарность.

А.Б. Холмогорова

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА:
ПСИХОЛОГИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ:
ПАМЯТИ ФЕДОРА ЕФИМОВИЧА ВАСИЛЮКА**

**SPECIAL TOPIC: PSYCHOLOGY OF EXPERIENCING:
IN THE MEMORY OF FYODOR E. VASILYUK**

**ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ДИНАМИКИ ПЕРЕЖИВАНИЙ
КЛИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ
ПСИХОТЕРАПИИ: ИЗУЧЕНИЕ
ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ.**

Часть 2

Н.В. КИСЕЛЬНИКОВА

Психологический институт Российской академии образования
(ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0710-4972>,
e-mail: nv_psy@mail.ru

Е.В. ЛАВРОВА

Психологический институт Российской академии образования
(ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7144-4704>,
e-mail: may_day@list.ru

Т.Н. АЛЬМУХАМЕТОВА

Психологический институт Российской академии образования
(ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2941-2549>,
e-mail: kardoula@yandex.ru

Е.А. КУМИНСКАЯ

Психологический институт Российской академии образования
(ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5650-1096>,
e-mail: evgenia.kuminskaya@gmail.com

Ф.Р. РЗАЕВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3753-9400>,
e-mail: fatimarzaeva05@gmail.com

В статье представлены результаты феноменологического исследования переживаний клиентов в процессе психотерапии. Описываются этапы категоризации, обобщения и интерпретации данных. Вопросы, на которые отвечали исследователи: какие изменения претерпевают переживания клиентов в рамках одной сессии терапии и между сессиями? Как соотносятся эти изменения с компонентами оптимального переживания? Выборка составила 6 человек в возрасте от 32 до 53 лет, 5 женщины и 1 мужчина. Одна клиентка посетила 4 встречи с психотерапевтом, один клиент и 4 клиентки — по 3 встречи. Стенограммы кодировалась двумя независимыми экспертами, с последующим совместным обсуждением. На первом этапе отмечались уникальные смысловые единицы, затем происходило кодирование и категоризация утверждений. Изложены обобщенная динамика переживаний клиентов и отдельно — динамика переживаний, рассмотренная сквозь категориальную сетку модели оптимального переживания. Полученные результаты могут выступать описанными качественно маркерами эффективности психотерапевтической работы.

Ключевые слова: психотерапия, эффективность психотерапии, переживание, феноменологический анализ, изменения у клиента.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта №16-36-01020.

Благодарности. Выражаем благодарность за помощь в анализе протоколов Ани Авдялян и Наталье Горюк.

Для цитаты: *Кисельникова Н.В., Лаврова Е.В., Альмухаметова Т.Н., Куминская Е.А., Рзаева Ф.Р.* Феноменологический анализ динамики переживаний клиентов в процессе психотерапии: изучение отдельных случаев. Часть 2 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 8—24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280302>

PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF CLIENTS' EXPERIENCE IN THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY: A CASE-STUDY.

Part 2

NATALIA V. KISELNIKOVA

Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0710-4972>,
e-mail: nv_psy@mail.ru

ELENA V. LAVROVA

Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7144-4704>,
e-mail: may_day@list.ru

TATIANA N. ALMUKHAMETOVA

Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2941-2549>,
e-mail: kardoula@yandex.ru

EUGENIA A. KUMINSKAYA

Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5650-1096>,
e-mail: evgenia.kuminskaya@gmail.com

FATIMA R. RZAEVA

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3753-9400>,
e-mail: fatimarzaeva05@gmail.com

The paper reports the results of the phenomenological study of client experiences in the process of psychotherapy. It describes the stages of categorization, generalization, and interpretation of data. We raised the following questions: what changes happen to client experiences during the same treatment session and between sessions; and how these changes relate to the components of optimal experience. The sample consisted of 6 people aged 32–53, 5 women, and one man. One female client attended four meetings with a psychotherapist; the male and four female clients attended three meetings each. The transcripts were coded by two independent experts, followed by a joint discussion. First, unique semantic units were marked, then the statements were coded and categorized by experts. We give an account of the generalized dynamics of client experiences. The results of applying the categorical grid of the model of optimal experience to the dynamics of client experiences are presented separately. The yielded results can be interpreted as qualitative effectiveness markers of psychotherapeutic work.

Keywords: psychotherapy, psychotherapy effectiveness, experience, phenomenological analysis, client's changes.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number №16-36-01020.

Acknowledgements. The authors are grateful to Ani Avdalyan and Natalia Goryuk for assistance in data analysis.

For citation: Kiselnikova N.V., Lavrova E.V., Almukhametova T.N., Kuminskaya E.A., Rzaeva F.R. Phenomenological Analysis of the Dynamics of Clients' Experience in the Process of Psychotherapy: A Case-Study. Part 2. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 8–24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280302>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Данная статья представляет вторую часть результатов исследования динамики переживаний клиентов в процессе прохождения понимающей психотерапии [5].

Исследование вносит вклад в так называемую «новую повестку дня», о которой пишут авторы метаанализа клиентского опыта/переживаний в психотерапии [10]. Они подчеркивают, что ценность сравнительных исследований психотерапии все чаще ставится под сомнение [11], поэтому, в отличие от массы исследований в прошлом, сфокусированных на оценках независимых экспертов и самих психотерапевтов, пришло время обратить более пристальное внимание на то, что клиент «приносит» на терапию. Данные этого метаанализа демонстрируют полезность качественного исследования опыта клиентов и по-новому проливают свет на работу общих факторов.

Целью исследования стало описание феноменологии изменений, происходящих с клиентом, как от начала к концу каждой сессии, так и на протяжении всего терапевтического процесса. *Исследовательский вопрос*, на который предполагалось получить ответ: «Каким образом в процессе психотерапии проявляется динамика переживаний клиента?»

Как известно, переживание клиента выступает предметом психотерапевтической работы в рамках экспириентальных подходов [3; 9]. Процесс переживания — то, в чем дано существование человека. Обращаться к переживанию можно через чувствуемый смысл (*felt sense*). В ходе психотерапии происходит развитие переживания, открытие в нем новых граней, и терапевт должен способствовать этим процессам.

Школой, представляющей экспириентальный подход в психотерапии в русскоязычном пространстве, является понимающая психотерапия [2]. В ее русле переживание раскрывается как особый внутренний жизненный процесс, «... охватывающий... ум, чувства, воображение,

телесные реакции, — словом, всего человека» [1, с. 15]. Так же, как и в работах Ю. Джендлина, указывается, что именно развитие переживания клиента обеспечивает терапевтический эффект, и на это направлены усилия понимающего психотерапевта [1].

Этим был обусловлен выбор сессий, проведенных в концептуальных рамках понимающей психотерапии, в качестве материала для анализа. Предполагалось, что она создает все необходимые условия для актуализации у клиента процессов активного переживания.

Дополнительным теоретическим фреймом для анализа стало соотношение характеристик переживания в психотерапии с моделью оптимального переживания, разрабатываемой в русле позитивной психологии [6; 7; 8]. Комбинаторная модель оптимального переживания включает компоненты усилия (*effort*), удовольствия (*pleasure*) и смысла (*meaning*), а их сочетание образует комплексные переживания долга (*commitment*), радости (*enjoyment*) и потока (*flow*). Шесть компонентов вместе описывают переживание вовлеченности, а их отсутствие — состояние пустоты (*void*) [6]. Помещение категории переживания в бэкграунд позитивной психологии обусловлено современной тенденцией теоретико-эмпирической интеграции экзистенциального и позитивно-психологического подходов и результатами продуктивного диалога этих подходов для исследований психотерапии и ее эффектов [12].

В предыдущем исследовании [4], проведенном посредством полуструктурированного интервью с клиентами до и после терапии, нами было показано, что в процессе психотерапии в разной степени и комбинациях проявляются компоненты «оптимального переживания»: усилия (направленные на самопонимание, новое проявление себя, связанные с коммуникацией), удовольствия (от самопонимания и самопознания, от нового проявления себя, познания, от терапевтической коммуникации), смысла (построения перспектив (целей), принятия себя). До прохождения терапии в большей степени проявляются отсутствие отдельных компонентов оптимального переживания, в том числе и комплексное переживание пустоты. Интервью показало результаты, согласованные с данными психологической диагностики осмысленности и удовлетворенности жизнью до и после прохождения психотерапии.

Метод

Материал для анализа, выборка исследования и процедура анализа данных подробно описаны в первой части статьи [5].

В настоящей работе представлены результаты двух последних этапов феноменологического анализа динамики переживаний клиентов в про-

цессе психотерапии, а именно — выделение категорий на основе естественных кодов, их интерпретация и обобщение.

Результаты и их интерпретация

По итогам анализа сессий нами был получен список из 252 кодов, объединяющих утверждения, которые описывали различные аспекты переживаний клиентов в порядке их проявления на сессиях. Схожие по смыслу коды были сгруппированы в 44 более общие категории: 1) удивление; 2) страх; 3) печаль/горе; 4) обида; 5) вина; 6) одиночество; 7) эмоциональная усталость; 8) противоречивые эмоции; 9) отвращение (отторжение); 10) эмоциональная интенсивность; 11) переживание детского состояния; 12) тяжелые эмоциональные переживания; 13) надежда; 14) совесть; 15) эмоциональное совладание; 16) спокойствие/неспокойствие; 17) зависть; 18) ненависть; 19) приятные эмоции; 20) невозможность выражения; 21) кризис; 22) незнание, непонимание; 23) сила/беспомощность или бессилие; 24) препятствия, ограничения; 25) внутреннее противоречие; 26) ожидания; 27) принуждение; 28) фокусировка/рассеянность; 29) обращение к прошлому опыту; 30) нежелание сталкиваться с проблемой; 31) отношения с другими людьми; 32) отношения с собой или к себе; 33) рефлексия своих переживаний; 34) связь с высшим; 35) ценность, значимость; 36) утрата; 37) способы совладания и решения и их поиск; 38) переживание особенности восприятия; 39) осмысление, осознание, понимание ситуации; 40) изменения; 41) доверие/недоверие; 42) переживание нецельности; 43) долженствование; 44) размышление об угрозе.

Результаты по выборочным категориям. Приводим в качестве примера подробный фрагмент результатов анализа текстов по выборочным категориям.

Так, категория **«удивление»** представлена в первой и третьей сессиях описываемого фрагмента. В первой сессии она описывается чувством ошарашенности (59)* — «Меня это ошарашивает» и удивлением от несоответствия поведения отношению (99) — «Я удивлена, что заботилась о ней, когда она болела». В третьей сессии категория удивления проявилась в удивлении от печали (37) — «Когда она (печаль) пришла вот и я удивилась ей, то есть она пришла в тот момент, когда в я приняла решение» и удивлении от информации о терапевте (39) — «Вот балерина удивила. Вы реально думали, что будете балериной (смеется)».

* Здесь и далее в круглых скобках указаны номера строк в стенограмме сессии.

Категория «**страх**» фиксируется в сессиях 1—3. Так, в первой сессии ей соответствуют следующие коды:

- страх себе признаться (18) — «Я вообще это ощущала в большей степени как обузу. Хотя очень так боялась себе в этом признаться, поскольку тогда ты плохой человек»;
- кошмар (63) — «Для меня это было какая-то кошмарная мысль»;
- ужас перед старением (3) — «Вот меня видимо пугает, совсем пугает, ужас, ужас, ужас. Ну то есть вот это... такая возрастная проблема, наверное...».

Во второй сессии категория страха описана следующими кодами:

- страх потерять ценное (77) — «Потому что, видимо, всегда есть страх, что у меня это (то, что лично значимо) начнут отнимать, вот, потому что, ну, периодически...»;
- страх потери контакта с собой (17) — «Я боюсь потерять себя»;
- ужас от ощущения доживания (3) — «Когда я понимаю, что доживать все-таки еще, если, так сказать, Бог даст, долго, то я в общем прихожу в ужас, что так долго еще и доживать. Это вообще какой-то кошмар получается».

В третьей сессии присутствует страх отказа от контроля (5) — «Видите, вот это вот отказ от такого, в общем, контроля и управления — это очень такой... настолько страшная история; оно же не зря все время пугает...» и страх перед хаосом (11) — «А здесь всегда есть опасность, я очень боюсь вот людей таких, которых несет все время, потому что это не есть... для меня это торжество хаоса... в отдельно взятом человеке».

Категория «**незнание, непонимание**» также присутствует в сессиях 1—3 описываемого фрагмента. В первой сессии ей соответствуют коды:

- ощущение незнания (27) — «Есть ощущение незнания»;
- непонимание (47) — «Такой дикий дисбаланс какой-то... и вот как мне для себя это решить, я никак не пойму до конца»;
- непонимание себя (19) — «Почему так происходит? Но, по сути дела, когда-то это все была чепуха, когда надо было поступать, вообще любой трудности...».

Во второй сессии также присутствует непонимание (5) — «Там что-то, мне кажется, есть нерешенное — хотя, может, это кажется; надо бы узнать... хотелось бы... прояснить», тогда как в третьей сессии возникает неопределенность (17) — «Здесь как-то так вот стоишь и очень много неизвестности, непонятности».

Категория «**препятствия, ограничения**» встречается в первой и второй сессиях. В данную категорию были объединены следующие коды. Из первой сессии:

- переживание внутренних ограничений (16) — «У меня действительно, внутри меня какие-то жуткие ограничения вообще, со всем этим, ну, вот. И мне ничего поделать с этим не получается»;

• ощущение внутренних препон (17) — «Ну у вас эти жалобы как бы ... а-а-а... как я это видел, то есть, я хотел прийти и рассказать о своей проблеме, вот попытаться разобраться в чем препоны внутренние вот...».

Из второй сессии: понимание тупиковости ситуации (73) — «Ну вот, я понимаю, что это просто тупиковая такая вещь, которую если я сама для себя чего-то не пойму, буду просто упираться там в одно и то же. В конечном итоге, всегда».

Категория «*ожидания*» представлена следующими кодами. В первой сессии:

• надежда (69) — «Значит под этим есть, наверное, какой-то хороший слой, (смеется) есть надежда, который сможет чрез это прорваться все-таки, ну вот»;

• надежда на помощь терапии (83) — «Да, есть такая надежда, что м-м-м... Это взгляд со стороны, совершенно с другой стороны, с которой бы... я не рассматривал...».

В третьей сессии: ожидание плохого, незаслуженность хороше-го (49) — «Если все хорошо, мне кажется, что я этого не заслуживаю и жду чего-то плохого, либо я нахожу к чему придраться или что не так, а это все переживания, раздуваю их до огромных масштабов и решаю, что пора все сворачивать», и надежда на рост (1), «<...> то есть я думаю, что деревом оно станет там, на протяжении всей жизни оно будет расти как-то, кора его будет уплотняться».

Анализ ключевых тем. Выделяя ключевые темы каждой сессии, мы видим, что в начале работы клиенты очень интенсивно переживают *непонимание* и *замешательство* из-за новой ситуации, *неуверенность* в самораскрытии, *незнание*, как вести себя и с чего начинать («Я достаточно смутно себе представляю, как это происходит, поэтому я как-бы так вот отдаюсь ситуации», «Привыкаю пока (смеется)»). Переходя к описанию состояний, которые связаны с причиной обращения за помощью, клиенты демонстрируют широкий спектр самых разных негативных эмоций: *растерянность*, *страх* (от волнения до ужаса), *печаль*, *обида*, *отвращение*, *вину*. Уникальными для первой сессии выступили переживания *эмоциональной усталости*, *разорванности* («Сейчас у меня постоянно вот такое состояние абсолютной разорванности, потому что все, что я привыкла делать, я вижу, что это уже не работает») и *расфокусированности*, отсутствия *опоры* («С действием связана именно моя способность вот ну, что ли собирать свою энергию, свои эмоции вот на... ну сфокусировать их, да? на важном, а не... вот какая-то <смешок> рассеянность вот эта, она действительно есть...», «Я начинаю тонуть в этом и... почему, собственно говоря, впасть в кризис, потому что это больше как вниз для меня внутренне, если пространственную брать метафору»).

Для этого этапа характерны ощущения **препятствия, внутренних ограничений**, которые ослабевают ко второй сессии и совсем исчезают к третьей («У меня действительно, внутри меня какие-то жуткие ограничения вообще, со всем этим», «А вот эти именно препоны, они какие-то действительно предательские, расслабляют... и... делают «жидким» изнутри»). В сочетании с неспособностью преодолеть эти ограничения, переживанием **беспомощности и бессилия** («И у меня ничего поделать с этим не получается») у клиентов формируется **чувство собственной неценности, сомнения в себе**, они подвергают себя **самокритике** («Я не представляю ценности, я должна что-то делать, чтобы меня признали») и нуждаются в **обретении** точек **опоры** и возвращении **целостности и способности действовать** («И я хотела бы для себя просто сейчас понять, где мои точки опоры, чтобы ну, даже если вот там какой-то вызов будет, то я бы смогла ну какую-то вот эту целостность, собранность внутреннего состояния и способности действовать»).

На первой сессии происходит особенно активное **обращение** клиентов **к прошлому опыту**, чаще всего — травматическому («И вот это было очень... ну, то есть неприятно»), и лишь в отдельных случаях — к ресурсному («Да, и вот в прошлый кризис, в общем, это осознание мне очень помогло»).

Наряду с преобладанием негативных переживаний клиенты испытывают **надежду** на то, что терапия может помочь («Да, есть такая надежда, что ммм... это взгляд со стороны, совершенно с другой стороны, с которой бы... я не рассматривал», «пробьет маленький лучик...»).

Последующие встречи с терапевтом, как правило, начинаются с констатации **произошедших изменений** («Хотел бы сказать о... событиях прошедшей недели. Эффект был, прошедшие события... подсказывают, что, в принципе, я могу (запинается) на-на-найти себе дело, которое действительно будет полезным объективно... мною ощущаемо», «У меня тут интересные такие были ощущения после нашего предыдущего разговора... после этого какое-то напряжение внутри спало, стало меньше, я это почувствовала»).

На второй сессии переживания **страха** и неприятных событий в прошлом сохраняются, но проявляются уже в меньшей степени. Спектр состояний, о которых говорят клиенты, расширяется за счет позитивных переживаний **теплоты, душевности, благодарности, комфорта**. Отношение к себе, наряду с переживанием **неуспешности и неудовлетворенности**, также дополняется осознанием важности **контакта с собой, самопринятия** («И вот этот контакт внутри себя с самой собой — он для меня важен. То есть как бы такой... полнота, ощущение себя, своей жизни»). Появляются **попытки найти решение** проблемы.

На третьей сессии клиенты продолжают обращаться к опыту позитивных переживаний — **комфорта, тепла, интереса и близости с людьми**

(«Все очень греет прям <смешок> душу, если так можно сказать», «Очень душевная была компания. И вот рядом с ними очень хорошо греться. Там неподдельный интерес есть»). Негативные состояния, хотя и не сходят на нет, но меняют свою интенсивность и тип — на место сильным переживаниям **страха** приходит **печаль** («Печаль какая-то большая такая и в ней много всего. Вот в этом смысле не изменилось ничего, то есть она такая... когда она пришла вот, и я удивилась ей. То есть она пришла в тот момент, когда я приняла решение», «Вернулась печаль... на стороне я не чувствовала ее, вот сейчас она вернулась»).

Звучат темы, отражающие авторскую позицию по отношению к своим проблемам, **желание взять ответственность** за себя («Поэтому надо учиться самостоятельно справляться со всеми этими вещами», «Мне бы наоборот научиться и просить, и доверять, и слушать каким-то образом», «Хочу делать что-то настоящее»). На этом фоне меняется и отношение к себе — при сохранении **самокритики**, клиенты **признают свою полезность, способности, заслуги** («Поскольку оно вышло в третий раз, я уже как-то подумала, что я все-таки какое-то отношение к этому имею... я сейчас даже уверена, что я имею» (отношение к хорошей работе. — *Прим. авт.*)).

На последних сессиях появляются новые темы, отражающие ценностно-смысловые процессы клиента, **осознание** ими ситуации в новом ключе и **фиксация изменений** («Я нашла какие-то, нащупала какие-то взаимосвязи», «Меня затронуло, что я возможно сама это называю проблемой. Ну так, под знаком минус как бы это оценивала, а то, что на самом деле — да, детские качества — это прекрасно, и то, что это, ну скажем так, то зернышко для роста, для плодов дальнейших», «В принципе, на событийном уровне перемены есть в лучшую сторону»).

Масштаб и устойчивость этих изменений переживают всеми клиентами по-разному, но почти все, прямо или метафорически, **выражают надежду** на их продолжение и укрепление («Тем не менее, хоть как-то чуть-чуть появилось какое-то... впереди. Какой-то огонек, что ли», «То есть я думаю, что деревом оно станет там, на протяжении всей жизни оно будет расти как-то, кора его будет уплотняться»).

Следует отметить, что сквозной темой для всего процесса терапии и почти для всех клиентов выступил запрос к терапевту на оценку **нормальности и правильности** себя, своих действий, мыслей и чувств, либо их квалификацию как ненормальных («А я не знаю, правильно, неправильно это...»), «Когда я вообще так задумываюсь, то мне вообще не очень хорошо делается, потому что это, конечно, ненормально абсолютно», «Когда слезы у тебя появляются совершенно в тех моментах, когда у других людей они вроде бы и не должны появляться, тоже вот это вот ощущение какой-то ненормальности»).

Безусловно, здесь мы прочертили общий вектор изменений в переживаниях клиентов от напряжения и растерянности в ситуации терапии к доверительным отношениям с терапевтом, от проблемных состояний растерянности и замешательства к большей проясненности и сфокусированности, от пассивной и беспомощной позиции к деятельной и обнадеженной. Индивидуальные рисунки такого движения более амбивалентны, сложны и нелинейны — клиенты и в рамках одной сессии, и на протяжении терапии многократно возвращаются к своим болевым точкам, погружаются в травматические переживания, но по мере продвижения над этими процессами все больше надстраивается рефлексивная работа, проблема вводится в другие смысловые пространства, что и становится ресурсом для ее решения.

Анализ результатов в контексте модели оптимального переживания. Вторым этапом анализа стало соотнесение выделенных категорий с моделью оптимального переживания. Результаты кодирования переживаний клиентов были сопоставлены нами с компонентами оптимального переживания. В итоге были получены следующие данные по проявленности этих компонентов в динамике от первой к третьей сессии (в скобках после кода указан номер клиента и номер строки стенограммы).

На первой сессии:

- пустота — код, «бессмысленность» (Кл1, 41) — «Смысла этого, зачем это нужно, почему я вынуждена жить, если это не выглядит сильно привлекательным, я никогда не могла найти ответ на этот вопрос. То есть такое ощущение, что меня кто-то заставляет»;
- смысл — коды: переживание ненапрасности опыта (Кл5, 43) — «То есть все не зря и все такое. Как-то так» и «смысл» (Кл5, 43) — «И для меня луч света такой просиял — что есть перспектива, есть смысл»;
- долг (усилие+смысл) — коды: переживание персональной ответственности в профессиональной сфере (Кл3, 37) — «Этого главного слишком много, и тогда не хватает на это главное сил; профессиональная жизнь много завязана именно на моей персональной ответственности. И это мой выбор»; желание взять ответственность за свою жизнь (Кл1, 67) — «Нет, жертвой, как раз жертвой я себя ощущать совершенно не хочу. Я считаю, что человек, в первую очередь, сам ответственен за свою жизнь»; состояние взрослого связано с ответственностью (Кл2, 15) — «Это уже невозможно выдерживать, потому что... я не могу сказать, что мне не нравится взрослая часть моей жизни, она мне очень нравится. Но она навешивает бесконечное количество ответственности»;
- радость (смысл+удовольствие) — коды: переживание счастья из-за самореализации (Кл1, 29) — «Я реализуюсь в профессии, я чувствую себя счастливой, я нашла себе мое любимое хобби»; удовольствие и смысл (Кл5, 73) — «Но, тем не менее, мне посчастливилось встречать людей,

которые... рядом с которыми хотелось быть, жить и питаться их опытом, от их опыта. Их было мало, но это были замечательные примеры (вздых), такой вот своего рода высший пилотаж»;

- поток (усилие+удовольствие) — код: переживание смысла, радости, уверенности (Кл5, 19) — «Несмотря на то что и зарплата маленькая, и там передраги на работе, моя жизнь просто наполнилась смыслом, я ходил пел по улицам, потому что все мне нравилось, все было, а потом вот стал смотреть, как так получается, и собственную значимость повысил»;

- вовлеченность (долг, радость, поток) — код: переживание эмоциональной свободы в театре, потока, удовольствия (Кл3, 11) — «Когда я захожу туда, то я... то есть, это настолько естественно, это не требует от меня никакого даже переключения, вот это вот... такое... как сказать, во-первых, это огромная свобода эмоциональная..., это же ноль ответственности и полная свобода».

На второй сессии:

- пустота — коды: бессмысленность (Кл5, 3) — «Тут доживание сразу и бессмысленность...Сейчас приходится работать (пауза), я не знаю, это где попало. И из-за этого получается, ты относишься к себе, так, как попало. И в принципе, общаться немножко сложновато с людьми, потому что себя как бы, ну, ну я всегда себя ассоциировал с делом как бы, к которому я причастен, а когда это дело “что попало”, то как-то сложно и с людьми общаться и знакомиться и все такое. Приходится чаще оправдываться. Я, хоть знал, куда я иду и ради чего сижу. Вот только пошло на нет с учебой, опять вот это возникло снова чувство — что попало...»; потеря смысла (Кл5, 37) — «Когда почувствовал, что... я перестал учиться... ушел просто, чтобы не заниматься видимостью (вздых)»;

- смысл — коды: поиск смыслов (Кл2, 27; Кл5, 25) — «Оно понятно, что мое, но вот тут сложность это такая формулировать. Но как будто вот, ну вот это все главное сейчас, и в этом нет меня, вот как-то я их не могу себе присвоить <смешок>, потому что они как-то сами по себе, я сама по себе, ну то есть и... И вопрос: что это вообще? <смешок>. То есть вот вопрос к себе был, ну за которым стоят смыслы, конечно»; «Хватит.. одного достойного... поступка, чтобы жизнь не была случайной. В принципе, я бы не жалел о прошлых всех годах и об этих всех попытках, я так думаю»; желание чего-то настоящего (Кл5, 39) — «То есть мне корочка сама по себе — она не нужна, мне нужно осознание... того, что это настоящее знание, которое я действительно получил, вот»; несоответствие результатов целям (Кл3) — «Мне кажется, что я хочу, а потом я по плодам обнаруживаю, что вроде и не хотела»;

- усилие — код: трудность делать маленькие шаги (Кл5, 42) — «Ну... труднее всего делать маленькие шажочки. Мне лично»;

- долг (усилие + смысл) — код: желание сделать что-то большое (Кл5, 33) — «Я пытаюсь как-то пожить... ну, скажем так, не придавать значения какой-то общей пользе, которую я могу приносить такими маленькими делами, а дожидаться какого-то там, не знаю, одного большого поступка и им все перекрыть»;
- радость (смысл+удовольствие) — код: счастье (Кл3, 103; Кл3, 177) — «Счастье, что была бабушка и счастье, меня там все любили, жизнь какая-то была очень яркая, объемная, наполненная»; «Счастье, тебя постоянно чему-то учат»;
- поток (усилие+удовольствие) — коды: удовольствие, свобода самовыражения (Кл3, 161) — «Музицировала и получала удовольствие, потому что учительница не мешала саморазвиваться»; страсть (Кл3, 177) — «Страстно занялась ушу и тайцзи»;
- вовлеченность (долг, радость, поток) — код: переживание своей подлинности, значимости (Кл3, 49; Кл3, 53) — «Когда я действительно пол... живу, дышу полной грудью, чувствую свою уместность, свою... что я именно на своем месте, я нужен, я приношу пользу, и это очевидно»; «Ты можешь приносить творческие какие-то моменты, свое вот что-то... как-то преобразовывать, преображать. Есть место для полета. Вот... польза, когда ты можешь кому-то, даже бывалым, подсказать что-то... мм... что они не пробовали, и оно действительно сработает в итоге».

На третьей сессии:

- поток (усилие+удовольствие) — код: переживание потока (Кл3, 5) — «В спектакле я умею абсолютно жить спонтанно совершенно, меня вообще не волнует. Вот я знаю, что, если тело вот так двигается, значит так надо и, наоборот, меня раздражает все, что это сдерживает. ...Это же поток живой жизни, в это нельзя вмешиваться»;
- вовлеченность (поток+радость+долг) — код: кайф (Кл3, 13) — «Я, когда делаю, у меня нет этого, вот в момент, когда я работаю, у меня нет этого страха, я работаю, и у меня кайф совершенный».

Анализ показывает, что переживание пустоты и бессмысленности упоминается на первой и второй сессиях, и эти же встречи для клиентов насыщены компонентами оптимального переживания первого уровня — смысла и усилий. К концу терапии проявляются более сложные, комплексные переживания второго и третьего уровней — долг, радость, поток, вовлеченность. Во второй сессии при этом в наибольшей степени проявляются компоненты оптимального переживания, что можно объяснить установившимся контактом, доверительными отношениями с терапевтом и первичной проработкой проблемного состояния, которая позволила двигаться в направлении смысла, усилий и удовольствия.

Содержательный анализ кодов и утверждений клиентов, соотнесенных с категориями компонентов оптимального переживания, показывает, что клиенты часто говорят о переживании пустоты. Это состояние тревожит и выступает отправной точкой для поиска смысла и удовольствия. Интересно, что удовольствие как самостоятельный код ни разу не упоминается клиентами, в отличие от других базовых кодов. Здесь можно вспомнить, что, по М. Чиксентмихайи [7], его ценность существенно преувеличена и обычно приобретает значение в контексте наличия смысла и/или области приложения усилий. Тогда мы видим переживание радости (удовольствие + смысл) или потока (удовольствие + усилие). При этом компонент усилия в состоянии потока субъективно перестает отмечаться, и в речи клиентов звучат слова о пользе и своем месте. Вовлеченность, как сочетание всех компонентов, чаще всего возникает в терапии как воспоминание о лучших моментах жизни или целевом состоянии, к которому хотелось бы прийти в результате терапии.

Выводы

Ответ на вопрос о том, как проявляется динамика переживаний клиента в процессе психотерапии, охватывает несколько линий изменений. Наблюдаемые на примере шести случаев направления «движения» клиентов внутри сессий понимающей психотерапии и между ними могут выступать качественными маркерами эффективности терапии. Мы видим, как происходит смена переживания высокоинтенсивных негативных эмоций на менее сильные и травматичные, на место замешательства и чувства неловкости во взаимодействии с терапевтом приходит спокойствие и доверие, формируются авторская позиция клиента по отношению к своей проблеме, ее лучшее понимание, переосмысление и фокусировка.

Схожим образом динамика проявляется, если наложить на результаты феноменологического анализа категориальную сетку модели оптимального переживания: клиенты приходят к психотерапевту с переживаниями пустоты, обсуждением вопросов наличия/отсутствия смыслов и собственной (не)способности прикладывать усилия и постепенно получают доступ к более сложным и содержательно наполненным формам переживания — долгу, радости, потоку, вовлеченности.

Полученные результаты дают еще один ракурс рассмотрения клиентского опыта в психотерапии, делают вклад в развитие качественных исследований факторов и механизмов эффективности терапии, и, кроме того, знакомство с ними может быть использовано для повышения чувствительности терапевтов к опыту клиентов как источнику обратной связи об успешности или неуспешности собственной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Василюк Ф.Е.* Методологический анализ в психологии. М.: МГППУ; Смысл, 2003. 240 с.
2. *Василюк Ф.Е.* Структура и специфика теории понимающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 2008. №1. С. 5—35.
3. *Карягина Т.Д.* Экспериментальные подходы в современной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 126—152.
4. *Кисельникова Н.В., Куминская Е.А., Рзаева Ф.Р. и др.* Пилотажное исследование динамики переживания клиента до и после психотерапии // Теоретические и прикладные проблемы психологии. 2018. № 1(4). С. 28—42.
5. *Кисельникова Н.В., Лаврова Е.В., Альмухаметова Т.Н. и др.* Феноменологический анализ динамики переживаний клиентов в процессе психотерапии: изучение отдельных случаев. Часть 1 // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 114—128. DOI:10.17759/cpp.2019270208
6. *Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Досумова С.Ш. и др.* Переживания в учебной деятельности и их связь с психологическим благополучием // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 6. С. 55—66. DOI:10.17759/pse.2018230605
7. *Чиксентмихайи М.* Поток: психология оптимального переживания: пер. с англ. М.: Смысл; Альпина Нон-Фикшн. 2011. 464 с.
8. *Bassi M., Delle Fave A.* Adolescence and the changing context of optimal experience in time: Italy 1986—2000 // Journal of Happiness Studies. 2004. Vol. 5 (2). P. 155—179. DOI:10.1023/B:JOHS.0000035914.66037.b5
9. *Gendlin E.T.* Experiential psychotherapy // Current psychotherapies / R. Corsini (ed.). Itasca, IL: Peacock, 1973. P. 317—352.
10. *Levitt H.M., Pomerville A., Surace F.I.* A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda // Psychological Bulletin. 2016. Vol. 142 (8). P. 801—830. DOI:10.1037/bul0000057
11. *Wampold B.E., Imel Z.* The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2015. 334 p.
12. *Wong P.T.P.* What is existential positive psychology? // International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy. 2011. Vol. 3 (1). P. 1—10.

REFERENCES

1. *Vasilyuk F.E.* Metodologicheskii analiz v psikhologii [Methodological analysis in psychology]. Moscow: MGPPU; Smysl, 2003. 240 p.
2. *Vasilyuk F.E.* Struktura i spetsifika teorii ponimayushchei psikhoterapii [The structure and specifics of the theory of understanding psychotherapy]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal = Moscow Psychotherapeutic Journal*, 2008, no. 1, pp. 5—35.
3. *Karyagina T.D.* Ekspiriental'nye podkhody v sovremennoi psikhoterapii [Experiential approaches in modern psychotherapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015. Vol. 23 (1), pp. 126—152. (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Kisel'nikova N.V., Kuminskaya E.A., Rzaeva F.R., et al. Pilotazhnoe issledovanie dinamiki perezhivaniya klienta do i posle psikhoterapii [A pilot study of the dynamics of the client's experience before and after psychotherapy]. *Teoreticheskie i prikladnye problemy psikhologii* = [Theoretical and Applied Problems of Psychology, 2018, no. 1 (4), pp. 28—42.
5. Kisel'nikova N.V., Lavrova E.V., Al'mukhametova T.N., et al. Fenomenologicheskii analiz dinamiki perezhivaniya klientov v protsesse psikhoterapii: izuchenie otdel'nykh sluchaev. Chast' 1 [Phenomenological analysis of the dynamics of customer experiences in the process of psychotherapy: the study of individual cases. Part 1]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019. Vol. 27 (2), pp. 114—128. DOI:10.17759/cpp.2019270208. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Leont'ev D.A., Osin E.N., Dosumova S.Sh., et al. Perezhivaniya v uchebnoi deyatel'nosti i ikh svyaz' s psikhologicheskim blagopoluchiem [Study-related experiences and their association with psychological well-being]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* = *Psychological Science and Education*, 2018. Vol. 23 (6), pp. 55—66. DOI:10.17759/pse.2018230605. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Csikszentmihalyi M. Potok: psikhologiya optimal'nogo perezhivaniya [Flow: The psychology of optimal experience]. Moscow: Smysl; Al'pina Non-Fikshn. 2011. 464 p. (In Russ.).
8. Bassi M., Delle Fave A. Adolescence and the changing context of optimal experience in time: Italy 1986—2000. *Journal of Happiness Studies*, 2004. Vol. 5 (2), pp. 155—179. DOI:10.1023/B:JOHS.0000035914.66037.b5
9. Gendlin E.T. Experiential psychotherapy. In Corsini R. (ed.) *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock, 1973, pp. 317—352.
10. Levitt H.M., Pomerville A., Surace F.I. A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 2016. Vol. 142 (8), pp. 801—830. DOI:10.1037/bul0000057
11. Wampold B.E., Imel Z. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2015. 334 p.
12. Wong P.T.P. What is existential positive psychology? *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 2011. Vol. 3 (1), pp. 1—10.

Информация об авторах

Кисельникова Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, заведующая лабораторией консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0710-4972>, e-mail: nv_psy@mail.ru

Лаврова Елена Васильевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7144-4704>, e-mail: may_day@list.ru

Альмухаметова Татьяна Николаевна, научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2941-2549>, e-mail: kardoula@yandex.ru

Куминская Евгения Андреевна, научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ «ПИ РАО»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5650-1096>, e-mail: evgenia.kuminskaya@gmail.com

Рзаева Фатима Рза кызы, аспирантка факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3753-9400>, e-mail: fatimarzaeva05@gmail.com

Information about the authors

Natalia V. Kiselnikova, PhD in Psychology, Head of the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0710-4972>, e-mail: nv_psy@mail.ru

Elena V. Lavrova, PhD in Psychology, Senior Scientist, the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7144-4704>, e-mail: may_day@list.ru

Tatiana N. Amulkhametova, Researcher, the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2941-2549>, e-mail: kardoula@yandex.ru

Eugenia A. Kuminskaya, Researcher, the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, Psychological Institute of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5650-1096>, e-mail: evgenia.kuminskaya@gmail.com

Fatima R. Rzaeva, Postgraduate Student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3753-9400>, e-mail: nv_psy@mail.ru

Получена 20.02.2020

Received 20.02.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ СУЩНОСТЬ «ФЛОРЕНТИЙСКОГО СИНДРОМА»

М.В. ЕРМОЛАЕВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-5136>,
e-mail: mar-erm@mail.ru

Д.В. ЛУБОВСКИЙ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>,
e-mail: lubovsky@yandex.ru

Рассматриваются эмоциональные расстройства, возникающие в результате встречи человека с произведениями искусства в местах их значительной концентрации, названных «Флорентийским синдромом». С позиций психотерапевтической концепции Ф.Е. Василюка анализ синдрома проведен в двух направлениях: анализ смысла события (клинико-психологической сущности синдрома) и анализ экзистенциального содержания переживаний как процесса придания смысла происходящему. Проведен анализ описаний «Флорентийского синдрома» в работах Г. Магерини. С позиций теории объектных отношений М. Кляйн дана психоаналитическая интерпретация различных вариантов «Флорентийского синдрома». Показано, что экзистенциальная сущность данного синдрома состоит в трудности принятия социальной ситуации развития взрослого человека и вызовов неопределенности и сложности. По предположению авторов, экзистенциальная природа данного синдрома связана с ожиданием встречи с прекрасным, с эстетической ситуацией, которая без усилия воли, без трудной предварительной работы по овладению языком художественного текста и без дальнейшего осмысления полученного эстетического опыта изменит жизнь человека к лучшему. Проанализирована важнейшая тема фильма А. Тарковского «Солярис» — тема возвращения в детство, к истокам, к основаниям бытия, к духовному перерождению.

Ключевые слова: Флорентийский синдром, клинико-психологическая природа, экзистенциальная сущность, проработка в консультировании.

Для цитаты: Ермолаева М.В., Лубовский Д.В. Клинико-психологическая характеристика и экзистенциальная сущность «флорентийского синдрома» // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 25—41. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280303>

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EXISTENTIAL ESSENCE OF THE “FLORENCE SYNDROME”

MARINA V. ERMOLAEVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-5136>,

e-mail: mar-erm@mail.ru

DMITRY V. LUBOVSKY

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>,

e-mail: lubovsky@yandex.ru

We consider a wide range of emotional disorders that occur as a result of meeting with works of art in places of significant cultural value, denominated as Florence syndrome. The analysis of the syndrome is conducted in two directions stemming from the psychotherapeutic approach developed by F.E. Vasiluk: the analysis of events' sense (clinical and psychological nature of the syndrome), and the analysis of the existential content of experiences as a process of giving meaning to events. We analyze the descriptions of the Florence syndrome in the works of G. Magherini. Different versions of the syndrome are interpreted from the point of view of M. Klein's theory of object relations. It is shown that the existential essence of this syndrome consists in the difficulty of accepting the social situation of adult development and challenges of uncertainty and complexity. We suggest that the existential nature of this syndrome is associated with the expectation of meeting with the beautiful, with an aesthetic situation that will change the person's life for the better without an effort of will, without difficult preliminary work on learning the language of art and without further understanding of the aesthetic experience received. In conclusion, we analyze the most important theme of A. Tarkovsky's film "Solaris", that is, returning to childhood, to the origins, to the foundations of being, to a spiritual rebirth.

Keywords: Florence syndrome, clinical and psychological nature, existential essence, counseling work.

For citation: Ermolaeva M.V., Lubovsky D.V. Clinical and Psychological Characteristics and Existential Essence of the “Florence Syndrome”. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 25—41. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280303>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Исследуя эмоциональное воздействие художественных произведений на человека, нельзя пройти мимо сильнейших эмоциональных потрясений, пережитых людьми при встрече с шедеврами и не соразмерных по силе с впечатлениями, типичными для большинства. Подобные эмоциональные реакции, наблюдающиеся, прежде всего, в местах значительной концентрации всемирно известных произведений искусства, порой проявляющиеся в актах вандализма по отношению к шедеврам искусства и в аффективных расстройствах у авторов художественных произведений, получили название «Флорентийского синдрома». Целью настоящего теоретического исследования является анализ клинико-психологического и экзистенциального содержания «Флорентийского синдрома». Для этого обратимся, прежде всего, к трудам Ф.Е. Василюка, который нашел инструмент исследования процессов, позволяющих преодолевать критические ситуации (ситуации невозможности), совершать продуктивную деятельность восстановления утраченного жизненного смысла в ситуации, когда, казалось бы, сделать уже ничего нельзя [1]. Следуя стратегии анализа переживания, подсказанной автором, мы исследовали проблему «Флорентийского синдрома» в двух направлениях: анализ смысла события (клинико-психологической сущности «Флорентийского синдрома») и анализ экзистенциального содержания переживаний как процесса придания смысла происходящему (феномену синдрома) [2]. Указанный подход позволяет констатировать, что смысловая работа переживаний при встрече с произведением искусства и в процессе молитвы во многом сходны: сильные переживания возникают в результате ощущения недостаточности собственных душевных усилий изменить собственную жизнь; новый смысл рождается в результате изменения себя, а не обстоятельств своей жизни; феноменологической основой молитвы и крайне сильных эстетических переживаний (вызывающих катарсический эффект) является возможность невозможного [3].

Мари-Анри Бейль (1783—1842), вошедший в историю под псевдонимом Стендаль, в 1817 г. дал описание эмоционального потрясения, пережитого при посещении церкви Санта Кроче во Флоренции. При этом он проявил себя как выдающийся писатель-психолог, указав и предпосылки «Флорентийского синдрома», и его симптоматику. Стендаль приехал во Флоренцию, будучи насыщен ожиданиями от встречи с прекрасным: «Сердце мое переполняли воспоминания, я не в силах был рассуждать и предавался своему безумию, словно подле любимой

женщины. Подъезжая к воротам Сан-Галло <...>, я уже готов был расцеловать первого встречного жителя Флоренции» [20, с. 238]. Стендаль прекрасно ориентировался в городе, не побывав в нем до этого ни разу («Я так часто рассматривал виды Флоренции, что знал ее заранее и мог ходить по городу без проводника»). Видя в церкви Санта Кроче гробницы Микеланджело, Альфьери, Макьявелли, Галилея, писатель испытывал, по его словам, волнение, граничащее с благоговением. В часовне при церкви он «... уселся на ступеньках молитвенной скамейки, уперся закинутой назад головой в поупитр, чтобы удобнее было разглядывать потолок, и любовался Сивиллами Вольтеррано, испытывая, быть может, самое сильное наслаждение, какое когда-либо получал от живописи» [20, с. 239]. Находясь в экзальтированном состоянии от одной только мысли о встрече с прекрасным, он «...достиг уже той степени душевного напряжения, когда вызываемые искусством небесные ощущения сливаются со страстным чувством. Выйдя из Санта-Кроче, я испытывал сердцебиение, то, что в Берлине называют нервным приступом: жизненные силы во мне иссякли, я едва двигался, боясь упасть. Я сел на одну из скамеек, стоящих на площади Санта-Кроче, и с восхищением перечел стихи Фосколо <...> мне нужен был голос друга, разделяющего мое волнение» [20, с. 239]. Проявив замечательную психологическую наблюдательность, писатель отметил: «Через два дня воспоминание о всем перечувствованном вызвало у меня дерзкую мысль: для счастья лучше, говорил я себе, иметь бесчувственное сердце» [20, с. 241]. Ему было очевидно, что высокая сензитивность стала причиной пережитого стресса. Не менее примечательна и отмеченная им необходимость в диалоге с другим человеком сразу после выхода из храма — вероятнее всего, в этот момент он испытывал острую недостаточность опоры на себя. Таким образом, соприкосновение с прекрасным вызвало состояние, похожее по симптоматике на паническую атаку.

В современной психотерапии «Флорентийский синдром» впервые стал предметом исследования в психоанализе. Видный итальянский психоаналитик Г. Магерини много лет возглавляла службу психического здоровья во флорентийском госпитале Санта Мария Нуова и впервые ввела термин «Синдром Стендаля» [26] после наблюдения более ста случаев среди посетителей галереи Уффици и других многочисленных музеев Флоренции. Обобщив двадцатилетнюю практику помощи пациентам с данным синдромом, Г. Магерини пришла к ряду существенных выводов. Прежде всего, синдром встречался только среди иностранных туристов, но не итальянцев, живущих в той же культурной среде, хотя и с меньшей, чем во Флоренции, концентрацией шедевров эпохи Возрождения. Отмечено, что почти все пациенты чувствовали себя изъятymi из своей привычной жизненной среды. Характерно и то, что 87% из них

путешествовали в одиночестве, пребывая в состоянии, которое Г. Магерини называет «путешествием души». По ее мнению, личность в такой ситуации находится в состоянии колебаний между потерей и духовными обретениями, и имеется опасность мгновенной дезорганизации ментального поля. Кроме того, в наибольшей степени подвержены риску возникновения данного синдрома люди с гуманитарным или богословским образованием в возрасте 25—40 лет.

Наблюдения Г. Магерини показали, что синдром проявляется в трех различных типах расстройств. Во-первых, это похожий на паническую атаку симптомокомплекс, при котором люди внезапно чувствуют учащенное сердцебиение, затруднение дыхания, дискомфорт в груди, ощущение того, что они находятся на грани обморока и, вследствие этого, смутное чувство нереальности. Такие условия приводят к внезапной потребности оказаться дома, вернуться на родную землю и говорить на родном языке. Другой вариант данного синдрома проявляется в аффективных расстройствах и депрессивном состоянии (плач, немотивированное чувство вины, тоска) или, напротив, в возбуждении (эйфории, экзальтации, отсутствии самокритики). Третий вариант проявляется в нарушениях мышления, нарушениях восприятия звуков, цветов и окружающей среды в целом. В отличие от других двух типов, этот вариант встречается чаще всего у людей, переживших потрясение в раннем возрасте, однако находившихся перед отъездом в благополучном состоянии. У пациентов Г. Магерини встречались и попытки совершения актов вандализма.

Г. Магерини также отмечает, что все три варианта проявлений синдрома связаны с явлениями по типу кризиса идентичности. Во всех случаях отмечаются внутренние конфликты, события, связанные с детством, перенесенными трагедиями, защитными механизмами, которые проявляются в отдельных обстоятельствах. Всегда, по ее наблюдениям, в основе этого кризиса идентичности прослеживается сочетание трех элементов: личной биографии человека и соответствующих ей особенностей личностной структуры, путешествия и погружения в среду, насыщенную произведениями искусства. По нашему предположению, более верно было бы назвать всю совокупность подобных явлений «Флорентийским синдромом», в то время как собственно синдром Стендаля — лишь разновидность эмоциональных расстройств, относящихся к этой группе.

Нарушения идентичности проявлялись у некоторых пациентов с данным синдромом в форме отождествлений себя с героями художественных произведений. Характерен случай Инге, учительницы итальянского языка, приехавшей во Флоренцию из скандинавской страны [26]. Она не удовлетворена браком и винит себя в том, что оставила своего отца-неудачника, за которым ухаживает. По приезде она сразу же чувствует себя «не в своей тарелке». Посещая курсы итальянского языка, на второй

день она замечает, что кто-то занял ее вчерашнее место и воспринимает это как знак того, что она во Флоренции никому не нужна. Внезапно ее охватывает всепоглощающее чувство параноидального круга. Позже она посещает один из знаменитых флорентийских соборов. Ее привлекает фреска «Тайной вечери». У Инге учащается сердцебиение, она видит вспышки света, а в промежутках между ними видит себя на картине в виде одной из женщин, несущих корзину с фруктами к столу Иисуса.

С точки зрения психоанализа, в момент встречи зрителя и художника, опосредствованной произведением искусства, наступает очарование красотой, которая вызывает ассоциации с ранним опытом отношений, а точнее, взаимоотношениями с материнской фигурой. В такой момент сила великих произведений искусства может пробудить опыт, относящийся к глубинным слоям бессознательного, нарушая привычные механизмы защиты, за счет чего актуализируется ранее забытый человеком травматический опыт. При этом, по мнению Г. Магерини, нет каких-то особенных произведений или авторов, которые непременно вызывают описанные реакции. Существенно, что не произведения искусства сами по себе, а сочетание свойств эстетического объекта и определенных обстоятельств вызывают у человека существенные трудности овладения эмоциями и, как следствие, состояние дискомфорта. Вместе с тем, как отмечает Г. Магерини [26], некоторые произведения искусства, наделенные особенной художественной силой, с большей вероятностью могут спровоцировать у зрителей данный синдром. К их числу она относит, например, статую Давида работы Микеланджело и полотно Караваджо, которые могут актуализировать у мужчин воспоминания о вытесненных гомосексуальных влечениях.

Для объяснения «Флорентийского синдрома» применимо учение Мелани Кляйн о параноидно-шизоидной и депрессивной позиции [9]. Благодаря этому мы можем объединить при помощи одной теоретической схемы целый спектр эмоциональных расстройств, одним из которых является симптомокомплекс, пережитый Стендалем. По М. Кляйн, позиция как особый способ, которым младенец строит отношения с материнской грудью как с первым объектом, от рождения до полугода последовательно меняется от параноидно-шизоидной позиции, характеризующейся действием двух механизмов защиты (расщепления и проекции) на депрессивную позицию (преодоление дезинтеграции хорошего и плохого объектов и страх потери объекта любви и наслаждения в сочетании с чувством вины за возможный ущерб, наносимый объекту). Непреодоленные в младенчестве параноидно-шизоидная или депрессивная позиции проявляются и у взрослых людей в виде одноименной психотической или невротической симптоматики. Почти весь спектр вариантов «Флорентийского синдрома» может быть соотнесен со стадиями перехода от параноидно-шизоидной к депрессивной позиции.

Случаи вандализма по отношению к произведениям искусства вполне объяснимы преобладанием параноидно-шизоидной позиции с выраженной проекцией вовне того, что отвергнуто в себе. В акте вандализма выступают в единстве попытка уничтожения отвергаемого в себе содержания, спроецированного на арт-объект, и агрессивная защита от угрожающего внешнего мира. В истории российского искусства самой знаменитой картиной, дважды подвергшейся атакам вандалов, стало полотно Ильи Репина «Иван Грозный и сын его Иван 16 ноября 1581 года». На картине с огромной художественной силой изображен, прежде всего, ужас царя-тирана, наступивший от осознания последствий собственной агрессии, которая им подавлялась, но ураганом вырвалась наружу. Синдром Балашова-Подпорина (называя его именами двоих вандалов, покушавшихся на многострадальное произведение) характеризуется слабостью Эго, неспособного справиться с разрушительной энергией вытесняемой агрессии. По свидетельствам современников, А. Балашов, в 1913 г. задержанный после совершения акта вандализма, причитал «Что же я сделал!», схватившись за голову.

Его последователь И. Подпорин уже в наше время ярко продемонстрировал расщепление проецируемого содержания на образ царя как, по его мнению, оклеветанного врагами России великого правителя и на картину как русофобское и исторически недостоверное произведение. С полным отсутствием раскаяния он рационализировал свой поступок необходимостью уничтожения картины из-за ее богохульности, так как она порочит якобы причисленного к лику святых царя. Заблуждение насчет канонизации Ивана Грозного объяснимо проекцией на его личность той части Эго, которая наделяется достоинствами (сила, любовь к порядку), тогда как отщепленная от него часть, наделенная негативными качествами (негативизм, нигилизм и богохульство) и воспринимаемая как угрожающая часть внешнего мира, спроецирована на картину. Параноидность проявляется также в «мессианской» попытке защитить мир от воздействия «кошунственного» артефакта.

Синдром Инге, очевидно, представляет собой более зрелый вариант позиции с преобладанием переживаний депрессивного круга (ощущение ненужности, чувство вины) и элементами проекции. Видимо, в ее случае, плохая часть объекта ассимилирована Эго, а хорошая — частично отщеплена и спроецирована на изображение женщины на фреске. Собственно синдром Стендаля представляет собой проявление еще более зрелой позиции с преобладанием ощущения недостаточности Эго, вобравшего в себя целиком интегрированный объект. Этим объясняется явная потребность в другом человеке как внешней опоре, сопровождаемая ощущениями слабости и головокружения. Наконец, симптомы, аналогичные «Флорентийскому синдрому», могут быть вызваны актом

творения, в ходе которого внутреннее содержание экстернализовано художником в созданном им произведении искусства. К.С. Малевич после написания «Черного квадрата», по его словам, несколько дней не мог ни есть, ни спать [14]. Возможно, в его случае обнаружилась недостаточность силы Эго перед широтой смыслового спектра, сосредоточенного в произведении.

Экзистенциальные основания «Флорентийского синдрома» обусловлены социальной ситуацией развития взрослого человека и такими вызовами в современном мире, как вызов неопределенности и вызов сложности. Современный образованный, мыслящий человек на пороге личностных и возрастных кризисов испытывает тревогу перед возможностью истощения значимых смысложизненных оснований своего бытия, оскудения экзистенциальной значимости собственной жизни, вследствие чего возникает потребность в расширении пространства своего самоосуществления. Часто эта потребность остро переживается, но человек не стремится к ее удовлетворению, поскольку единственный путь принятия вызова сложности — это готовность усложниться самому, посыл к постоянному саморазвитию [11]. Поиски смысла не всегда приводят человека к признанию необходимости существования и активного действия в области непредсказуемого, к признанию готовности рассматривать непредсказуемое как возможное [21]. Возможное в ракурсе неопределенности ориентирует человека на будущее в аспекте его собственных усилий и предполагает готовность к событию через активизацию и расширение своего личностного потенциала. В этом проявляются позитивные возможности неопределенности и сложности современной жизни [12]. В то же время неспособность принять неопределенность жизни, стремление свести неопределенность к определенности, жесткие ожидания в отношении желаемого события, чрезмерная степень субъективной определенности, которая превышает объективную предсказуемость [10; 13], становятся причиной многих невротических реакций, к которым, по-видимому, можно отнести и «Флорентийский синдром».

Таким образом, если человек хочет разобраться в смысложизненных основах бытия, это еще не означает, что он готов принять ответственность за выбор собственного аутентичного способа существования и понимает, что сложность жизни — это ее онтологическая норма. Неготовность к расширению масштабов собственной личности через глубокое, постоянное и бескорыстное проникновение в культурный опыт (а не через бессистемное впитывание доступной информации, порождающее «травму постмодерна» [25]) вызывает чувство вины и тревоги. Человеку легче признать пределы своего саморазвития, чем стремиться к расширению своих возможностей через постоянное обнаружение пространства выборов и их ответственное осуществление. Ответственный выбор в кризисные моменты

жизни всегда представляет собой поступок, суть которого — труд поиска оснований осмысленного бытия. В результате пережитые человеком формы его личностного существования сохраняются в его внутреннем мире в виде образов его возможных самоосуществлений в будущем. Тем самым человек несет в себе потенциал всех прожитых стадий жизни в виде освоенных ресурсных возможностей каждого возраста и каждого кризисного периода. Образы самоосуществлений, позволяющие увидеть потенциал в неопределенности, являются плодами постоянного труда преодоления инерции в себе и помогают избежать сожаления об упущенных возможностях и стыда за нечто несделанное или неосуществленное. Е.Е. Сапогова утверждает, что экзистенциальные ожидания являются потенциалом, способствующим самопостроению в экзистенциальных экстремумах жизни [19, с. 286]. С этим трудно согласиться, поскольку экзистенциальные ожидания привязаны к вполне определенным возможностям и в этой связи способствуют искажению индивидуального опыта и созданию «легенд о себе» [19, с. 287]. Таким образом, эти ожидания делают человека не готовым к принятию новых, неожиданно раскрывающихся возможностей в жизни.

Но главное, по нашему мнению, заключается в том, что ожидаемая возможность представляется человеку самоосуществляющейся и не требующей ни его чуткости к новизне, ни его готовности к приглашению новой ценности в свой внутренний мир, ни труда по превращению возможности в реальность. Этот вывод следует из самой сути номенклатуры экзистенциальных ожиданий: «ожидание Иного», «ожидание Необычного», «ожидание Настоящего (подлинного)», «ожидание Направления», «ожидание Встречи» и др. [19]. Возможно, экзистенциальная природа «Флорентийского синдрома» связана именно с «ожиданием Встречи» с прекрасным — с такой сильной в эстетическом отношении ситуацией, которая сама, без усилия воли, без мучительной и кропотливой предварительной работы по овладению языком художественного текста, а также без дальнейшей работы по освоению и осмыслению полученного эстетического опыта, изменит жизнь человека к лучшему, обогатит ее, одухотворит, поможет осмыслить собственную жизнь посредством культурной нормы, избавит от страха одиночества, подключив его к эстетическому опыту человечества. «Ожидание Встречи» как и иные экзистенциальные ожидания в данном контексте трудно рассматривать в качестве необходимого ресурса саморазвития в жизни взрослого человека, поскольку они ограничивают избыточность его внутреннего пространства. Этот ресурс — ключ к пониманию духовности и спокойной, достойной встречи с произведением искусства.

В традиции экзистенциальной психологии [15; 16; 24] и современной психологии искусства [5; 6; 7] переживание встречи с искусством рассматри-

вается как творческий акт, как экзистенциальный момент, в котором творец и созерцатель чувствуют свою созидующую активность. На эту особенность переживания встречи с произведением искусства указывал В.П. Зинченко: «Воспринять, созерцать художественно, эстетически означает осуществить, завершить, найти себя в форме, найти свою продуктивную ценность оформляющую активность, живо почувствовать свое созидующее предмет движение... В результате этой грандиозной работы эстетического восприятия наступает стадия вживления произведения в себя. Оно превращается из «чужого» в «чужое-свое», затем в «свое-чужое», и, наконец, в «свое» [8, с. 367]. Таким образом, экзистенциальный анализ феномена «Флорентийского синдрома» предполагает иной уровень рефлексии явления, а именно уровень экзистенциального смысла, смысла альтернатив, уровень самодетерминации и осознания своих возможностей [10].

В контексте экзистенциального анализа «Флорентийского синдрома» возникает вопрос: почему в некоторых случаях встреча с произведением искусств порождает симптоматику, описанную Г. Магерини, а в других случаях — глубочайшее катарсическое переживание, преобразующее и обогащающее внутреннюю жизнь человека? Возможно потому, что для катарсического переживания мало пассивного ожидания того, что встреча с прекрасным преобразит жизнь — надо быть готовым преобразиться самому: пересмотреть свои цели и ценности, свой вклад в собственную жизненную перспективу. Не ожидания, а постоянная чуткая готовность к принятию нового, художественно освоенного опыта как ценности в свой внутренний мир приводит к порождению «таинственного избытка индивидуальности» [8, с. 546] и реальному приобщению к духовной практике. Вероятно, воспитывая в себе чуткость к прекрасному, переживая его влияние на свой внутренний мир, важно иметь готовность ответить на его зов рефлексивным экзистенциальным разворотом собственной жизни. Этот разворот требует времени и труда над собой.

Примером произведения, вызвавшего эстетические реакции самого широкого диапазона (от резкого отвержения до глубочайшего потрясения) является фильм А.А. Тарковского «Солярис» — произведения искусства огромной смысловой насыщенности, поскольку именно в нем экзистенциальные акценты были обозначены триумvirатом кинематографа, живописи (картины П. Брейгеля Старшего из серии «Времена года», аллюзии к некоторым картинам Рембрандта) и музыки (хоральная прелюдия Баха в обработке Э. Артемьева «К тебе взываю, Господи Иисусе Христе»). По словам А.А. Тарковского, основная тема фильма долго созревала в нем, требовала выхода; он ощущал себя не хозяином произведения, а его слугой, а само произведение — насущной необходимостью самовыражения. Автор, по его словам, хотел показать взгляд из Космоса на Землю [22], однако получил иной результат: он показал вну-

треннюю жизнь земного человека, насыщенную очень сложным, очень множественными, противоречивыми, во многом неосознаваемыми переживаниями, увиденную с недостижимой прежде точки обзора. Океан Соляриса — это зеркало человеческого бессознательного, потаенных уголков души, которые человек хочет и боится для себя открыть. Главному герою фильма приходится преодолеть этот океан, пережить все, что не было пережито им до конца на предыдущих этапах жизни, чтоб вернуться ... домой. А куда же он, собственно, возвращается? В этом главная проблема и загадка фильма; и от того, какой ответ находит зритель, зависит его эстетическая реакция.

По замыслу режиссера, столкновение с неизвестным порождает конфликт внутри самого человека — очень актуальная проблема современности, если иметь в виду, что во времена создания фильма трудно было предвосхитить жизненные вызовы неопределенности и транзитивности. А.А. Тарковский поставил очень важную проблему: человеку важнее и труднее познать самого себя, чем Космос. Для этого человеку недостаточно стремления к познанию — необходима исключительная, экзистенциальная ситуация, когда в нечеловеческих условиях побеждает его стремление поступать, как человек, совершать человеческие поступки. Фильм «Солярис» — это размышление о голосе Бога в человеке, который ведет его к нравственному перерождению, о мощных экзистенциальных метаморфозах личности героя, о любви как способе примирения с миром, о совести, о хайдеггеровском зове бытия.

В фильме есть два важнейших момента, которые помогают не только понять замысел режиссера, но и пережить их как эмоционально насыщенное событие самопознания. Первый — момент невесомости на космическом корабле — когда звучит музыка Баха и в кадре впервые появляется картина П. Брейгеля «Охотники на снегу». Камера скользит так, что зритель может рассмотреть каждую деталь картины, которая оживает у него на глазах — слышен скрип снега, потрескивание веток в костре, шум ветра и обрывки разговоров людей. Можно ощутить, как близки и гармоничны картина Брейгеля и фильм Тарковского: картина кинематографична и переживается как динамичный момент живого бытия, а режиссер строит мир фильма «Солярис» по законам живописного полотна, где пространство организовано перекличкой тональностей, гармонией ритмов и красок. Мучительная, неразрешимая ситуация главного героя фильма и его жены находит свое выражение в картине Брейгеля, ведь для пантеиста-художника, который видит отражение Бога в каждой мельчайшей детали, внешнее пространство представляет собой лишь ландшафт внутреннего мира человека — либо умиротворения, либо хаоса. И фильм, и картина трактуют путь к обретению внутренней гармонии, покоя, согласия с собой и своей совестью как путь домой, иначе

говоря, как возвращение в свой мир из мира непонятого и противоречащего логике собственного бытия. Гармония фильма и живописного полотна проявляется в том, что режиссер вкладывает в картину «Охотники на снегу» нравственный, очистительный смысл. Фильм «Солярис» позволяет увидеть в картине Брейгеля то, что составляет ее сокровенную тайну: большое пространство, как бы увиденное с вершины, но, тем не менее, все написано очень подробно и отчетливо можно рассмотреть пейзаж на дальнем плане, запорошенные снегом деревья, застывшие в торжественном предстоянии перед взглядом Создателя.

Взгляд с высоты, характерный для картин П. Брейгеля, может объяснить скрупулезную, почти религиозную одухотворенность всего сущего, изображенного на картине. В этом сакральном указании вектора следования (возвращения домой) проявляется почтительное отношение художника к человеку, его трудам и заботам, к будням и редким минутам радостного отдыха, все они являются носителями экзистенциального смысла, позволяют ощутить одухотворенность обыденной жизни земного человека, позволяют подняться над погруженностью в мелочность и вечную суету на те высоты, которые дают прозренья целого и главного [4]. Именно здесь, в этих предельных моментах переживаний проявляется возможность невозможного.

В контексте картины Брейгеля становится понятным финал фильма «Солярис»: режиссер проводит героя через все этапы духовного странствования, приводя его домой, и это возвращение делает фильм глубокой притчей. Герой возвращается не на Землю, не в дом своего отца, где давно умерли его мать и жена, где уже не может быть покоя и примирения с жизнью. Возвращение домой — это возрождение героя как обретение им душевной гармонии, осмысленности и целостности, это окончание бесконечных, мучительных странствий внутри себя, открытие потаенных стремлений и примирение с ними, обретение Самости. Тема возвращения домой — это важнейшая тема для А.А. Тарковского, пережитая и осмысленная им как тема возвращения в детство, к истокам, к основаниям бытия, к духовному перерождению [22]. Возвращение домой в действительности для героя «Соляриса», как и для его режиссера, оказалось невозможным, но важен сам путь домой во внутренней странствии, к покою, внутренней гармонии и возрождению, ибо пока человек в пути, у него есть надежда. В этом пути видится и возможность самостоятельной работы человека с кризисом, именуемым «Флорентийским синдромом»: экзистенциальные ожидания могут уступить место предпосылкам осознания себя и обретения согласия с самим собой, готовности к ясному ощущению своей связи с жизнью во всех ее проявлениях, переживанию душевного подъема, всплеска созидательных сил, чувства собственной порождающей активности при встрече с прекрасным. Об этом замеча-

тельно писал П.П. Муратов в своих бессмертных «Образах Италии»: «Возрождение не есть случайное содержание одной исторической эпохи, скорее это один из постоянных инстинктов духовной жизни человечества. Трудно сказать, что больше ежедневно направляет к дверям Бельведера толпу путешественников — отголоски ли воспринятых в готовом виде литературных традиций, или этот смутный инстинкт, угадывающий в античном источнике жизни, способность вечно возрождаться» [17, с. 26].

Итак, проведенный нами анализ экзистенциальных аспектов «Флорентийского синдрома» показывает его обусловленность теми же причинами, что и фобическое расстройство, имеющее экзистенциальную подоплеку — страх смерти. Среди названных А.Б. Холмогоровой причин такого страха — установка на собственную исключительность («нарциссизм современной культуры, невозможность принять неотвратимые ограничения и мирской удел, свойственный всем» [23, с. 121]), обсессивно-компульсивные черты личности («миф о возможности и необходимости полного контроля над происходящим» [23, с. 122]), в гораздо большей степени — экзистенциальный вакуум как отсутствие внятного и аутентичного смысла жизни и, несомненно, «...одиночество, социальная изоляция и разобщенность людей — неизбежная плата за индивидуализм и конкурентность» [23, с. 123]). Схожесть симптоматики синдрома Стендаля с паническими атаками также не случайна, поскольку, по мнению Дж. Франчесетти, в них «...присутствует внезапный разрыв между возбуждением и поддержкой: организм, который чувствует возрастающее возбуждение, не в состоянии выдержать его без адекватной опоры на окружающую среду и достаточной самоподдержки» [18, с. 78]. Поиск внутренней опоры, в том числе в собственном жизненном опыте, позволяющий принять как данность отсутствие готовности к ассимиляции эстетического опыта и ко встрече с неопределенностью, раскрывающейся в множественности смыслов художественных произведений, необходим в самом начале консультативной и психотерапевтической работы с симптоматикой «Флорентийского синдрома». Далее, очевидно, необходима помощь в проработке смыслового спектра, воспринятого человеком и приведшего к возникновению симптома. Без этой долгой и кропотливой работы, требующей от клиента мужества и внутренней честности, а от психотерапевта — выдержки и терпения, событие останется незавершенным, а возможность трансформации личности на основе полученного эстетического опыта будет безвозвратно упущена.

Таким образом, в данной работе на основе концепции Ф.Е. Василюка показаны новые возможности для анализа пиковых экзистенциальных переживаний встречи человека с произведением искусства. В заключение уместно вспомнить его высказывание о том, что переживание, ввиду своей культурно-исторической обусловленности, помогает освоить язык культуры внутренней жизни [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
2. *Василюк Ф.Е.* Влияние молитвы на смысловую работу переживания // Московский психотерапевтический журнал. 2005. Т. 13. № 3. С. 51—74.
3. *Василюк Ф.Е.* Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования). М.: Смысл, 2005. 191 с.
4. *Дмитриева Н.А.* В поисках гармонии: Искусствоведческие работы разных лет. М.: Прогресс-Традиция, 2009. 520 с.
5. *Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.* О значении искусства в контексте развития взрослого человека // Культурно-историческая психология. 2013. Т. 9. № 3. С. 38—46.
6. *Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.* Культурно-психологические модели переживания личностью встречи с произведением искусства // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 159—174. DOI:10.17759/cpp.2017250210
7. *Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.* Психотерапевтическое значение катарсиса трагического // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 29—44. DOI:10.17759/cpp.2018260103
8. *Зинченко В.П.* Сознание и творческий акт. М.: Языки славянских культур, 2010. 592 с.
9. *Кляйн М.* Детский психоанализ: пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. 160 с.
10. *Леонтьев Д.А.* Феномен ответственности: между недержанием и гиперконтролем // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии. Т. 2. / Сост. Ю. Абакумова-Кочюнене. Бирштонас; Вильнюс: ВЕАЭТ, 2005. С. 7—22.
11. *Леонтьев Д.А.* Личностное измерение человеческого развития // Вопросы психологии. 2013. № 3. С. 67—80.
12. *Леонтьев Д.А.* Смыслообразование и его контексты: жизнь, структура, культура, опыт // Мир психологии. 2014. № 1 (77). С. 104—117.
13. *Леонтьев Д.А.* Вызов неопределенности как центральная проблема психологии личности [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 40. URL: <http://psystudy.ru/num/2015v8n40/1110> (дата обращения: 07.02.2020).
14. *Малевич К.С.* Черный квадрат. СПб.: Азбука-классика, 2008. 288 с.
15. *Марцинковская Т.Д.* Эстетическая парадигма в современной психологии: гармонизация переживаний времени и пространства // Вопросы психологии. 2015. № 6. С. 47—57.
16. *Марцинковская Т.Д.* Идентичность в транзитивном и виртуальном пространстве // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. 2018. № 4 (14). С. 11—20.
17. *Муратов П.П.* Образы Италии. Т. 2. М.: Галарт, 1994. 464 с.
18. Панические атаки. Гештальт-терапия в единстве клинических и социальных контекстов. 2-е изд. / Под ред. Д. Франчесетти. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2018. 256 с.

19. Сапогова Е.Е. Территория взрослости. Горизонты саморазвития во взрослом возрасте. М.: Генезис, 2016. 312 с.
20. Стендаль. Собрание сочинений: в 15 т. Т. 9: пер. с фр. М.: Правда, 1959. 404 с.
21. Талей Н.Н. Антихрупкость. Как извлечь выгоду из хаоса: пер. с англ. М.: КоЛибри; Азбука-Аттикус, 2014. 768 с.
22. Тарковский А. Запечатленное время [Электронный ресурс]. URL: <http://tarkovskiy.su/textu/vrema.html> (дата обращения: 28.05.2020).
23. Холмогорова А.Б. Страх смерти: культуральные источники и способы психологической работы // Московский психотерапевтический журнал. 2003. Т. 11. № 2. С. 120—131.
24. Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания: пер. с англ. М.: Альпина Нон-фикшн, 2013. 464 с.
25. Эпштейн М.Н. Постмодерн в России. Литература и теория. М.: Изд. Р. Элинина, 2000. 368 с.
26. Magherini G. La sindrome di Stendhal. Roma: Ponte alle Grazie, 1995. 219 p.

REFERENCES

1. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii) [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)]. Moscow: MGU Publ., 1984. 200 p.
2. Vasilyuk F.E. Vliyaniye molitvy na smyslovuyu rabotu perezhivaniya [The influence of prayer on the semantic work of experience]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* = *Moscow Psychotherapeutic Journal*, 2005. Vol. 13 (3), pp. 51—74.
3. Vasilyuk F.E. Perezhivaniye i molitva (opyt obshchepsikhologicheskogo issledovaniya) [Experience and prayer (general psychological research)]. Moscow: Smysl, 2005. 191 p.
4. Dmitrieva N.A. V poiskakh garmonii: Iskustvovedcheskie raboty raznykh let [In search of harmony: Works on art history of different years]. Moscow: Progress-Traditsiya, 2009. 520 p.
5. Ermolaeva M.V., Lubovskii D.V. O znachenii iskusstva v kontekste razvitiya vzroslogo cheloveka [On the meaning of art in the context of adult development]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* = *Cultural-Historical Psychology*, 2013. Vol. 9 (3), pp. 38—46. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Ermolaeva M.V., Lubovskii D.V. Kul'turno-psikhologicheskie modeli perezhivaniya lichnost'yu vstrechi s proizvedeniem iskusstva [Cultural and psychological models of a person's experience of encounter with an artwork]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 25 (2), pp. 159—174. DOI:10.17759/cpp.2017250210. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Ermolaeva M.V., Lubovskii D.V. Psikhoterapevticheskoe znachenie katarsisa tragichekogo [Psychotherapeutic value of tragic catharsis]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018. Vol. 26 (1), pp. 29—44. DOI:10.17759/cpp.2018260103. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Zinchenko V.P. Soznanie i tvorcheskii akt [Consciousness and the creative act]. Moscow: Yazyki slavyanskikh kul'tur, 2010. 592 p.
9. Klein M. Detskii psikhoanaliz [The psycho-analysis of children]. Moscow: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 2010. 160 p. (In Russ.).

10. Leont'ev D.A. Fenomen otvetstvennosti: mezhdru nederzhaniem i giperkontrol'em [The phenomenon of responsibility: Between incontinence and hypercontrol]. In Abakumova-Kochyunenene Yu. (ed.) *Ekzistentsial'noe izmerenie v konsul'tirovanii i psikhoterapii. T. 2* [Existential dimension in counseling and psychotherapy. Vol. 2]. Birshtonas, Vil'nyus, VEAET, 2005, pp. 7–22.
11. Leont'ev D.A. Lichnostnoe izmerenie chelovecheskogo razvitiya [Personal dimension of human development]. *Voprosy psikhologii*, 2013, no. 3, pp. 67–80.
12. Leont'ev D.A. Smysloobrazovanie i ego konteksty: zhizn', struktura, kul'tura, opyt [Meaning formation and its contexts: Life, structure, culture, experience]. *Mir psikhologii = The World of Psychology*, 2014, no. 1 (77), pp. 104–117.
13. Leont'ev D.A. Vyzov neopredelennosti kak tsentral'naya problema psikhologii lichnosti [The challenge of uncertainty as a central problem of personality psychology] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*, 2015. Vol. 8 (40). Available at: <http://psystudy.ru/num/2015v8n40/1110> (Accessed 07.02.2020).
14. Malevich K.S. Chernyi kvadrat [The Black Square]. Saint Petersburg: Azbuka-klassika, 2008. 288 p.
15. Martsinkovskaya T.D. Esteticheskaya paradigma v sovremennoi psikhologii: garmonizatsiya perezhivaniy vremeni i prostranstva [An esthetic paradigm in modern psychology: Harmonization of experiences of time and space]. *Voprosy psikhologii*, 2015, no. 6, pp. 47–57.
16. Martsinkovskaya T.D. Identichnost' v tranzitivnom i virtual'nom prostranstve [Identity in transitive and virtual space]. *Vestnik RGGU. Seriya: Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovanie = Russian State University For The Humanities Bulletin. Series: Psychology. Pedagogics. Education*, 2018, no. 4 (14), pp. 11–20.
17. Muratov P.P. Obrazy Italii. T. 2 [Images of Italy. Vol. 2]. Moscow: Galart, 1994. 464 p.
18. Franchesetti D. (ed.). Panicheskie ataki. Geshtal't-terapiya v edinstve klinicheskikh i sotsial'nykh kontekstov [Panic attacks. Gestalt therapy in the unity of clinical and social contexts]. 2nd ed. Moscow: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 2018. 256 p.
19. Sapogova E.E. Territoriya vzroslosti. Gorizonty samorazvitiya vo vzrosлом vozraste [Territory of adulthood. Horizons of self-development in adulthood]. Moscow: Genezis, 2016. 312 p.
20. Stendhal. Sbranie sochinenii v 15 t. T. 9 [Collected works in 15 vols. Vol. 9]. Moscow: Pravda, 1959. 404 p. (In Russ.).
21. Taleb N.N. Antikhрупkost'. Kak izvlech' vygodu iz khaosa [Antifragile: Things that gain from disorder]. Moscow: KoLibri, Azbuka-Attikus, 2014. 768 p. (In Russ.).
22. Tarkovskii A. Zapechatlennoe vremya [Captured time] [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://tarkovskiy.su/texty/vrema.html> (Accessed 28.05.2020).
23. Kholmogorova A.B. Strakh smerti: kul'tural'nye istochniki i sposoby psikhologicheskoi raboty [Fear of death: cultural sources and methods of psychological work]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal = Moscow Psychotherapeutic Journal*, 2003. Vol. 11 (2), pp. 120–131.
24. Csikszentmihalyi M. Potok: Psikhologiya optimal'nogo perezhivaniya [Flow: The Psychology of optimal experience]. Moscow: Al'pina Non-fikshn, 2013. 464 p. (In Russ.).

25. Epshtein M.N. Postmodern v Rossii. Literatura i teoriya [Postmodern in Russia. Literature and theory]. Moscow: R. Elinin Publ., 2000. 368 p.
26. Magherini G. La sindrome di Stendhal. Roma: Ponte alle Grazie, 1995. 219 p.

Информация об авторах

Ермолаева Марина Валерьевна, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры педагогической психологии имени профессора В.А. Гуружапова факультета психологии образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-5136>, e-mail: mar-erm@mail.ru

Лубовский Дмитрий Владимирович, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры педагогической психологии имени профессора В.А. Гуружапова факультета психологии образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: lubovsky@yandex.ru

Information about the authors

Marina V. Ermolaeva, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Educational Psychology, Faculty of Educational Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1645-5136>, e-mail: mar-erm@mail.ru

Dmitry V. Lubovsky, PhD in Psychology, Chair of Educational Psychology, Faculty of Educational Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: lubovsky@yandex.ru

Получена 28.03.2020

Received 28.03.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ДУХОВНОГО КРИЗИСА И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ Я ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

И.В. ВАЧКОВ

Московский педагогический государственный университет
(ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>,
e-mail: igorvachkov@mail.ru

М.А. ОДИНЦОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>,
e-mail: mari505@mail.ru

О.А. ТРИСТАН

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-5170>,
e-mail: tristanoa@fdomgppu.ru

Приводятся результаты исследования специфики переживания духовного кризиса, отношения к своему Я у лиц со спинальной травмой (N=65) и условно здоровых (N=63). Показано, что характеристики духовного кризиса, такие как неудовлетворенность, одиночество, проявляющиеся в прошлом, настоящем и будущем, страдания в прошлом, наиболее характерны для людей со спинальной травмой. Категории неудовлетворенности, одиночества и страдания неоднородны, что отразилось в текстах людей со спинальной травмой и здоровых разного возраста и пола. Группы с разными сроками спинальной травмы не различаются по количественным признакам духовного кризиса, но различаются по качественным признакам в переживаниях неудовлетворенности, одиночества и страданий. Группы с более ранними сроками травмы чаще переживают недостаток контактов, внимания, поддержки, нелюбимости, склонны к самоби-

чеванию и чувству вины. Отношение к своему Я отразилось в текстах сказок. Простые, короткие сказки о взаимодействии Я-реального и Я-идеального чаще писали здоровые, в отличие от лиц со спинальной травмой, которые сосредоточивались на эмоциональных переживаниях, связанных с отношением к своему Я (усложненные сказки, и сложные сказки о поиске смыслов, принятии себя и жизни во всей ее полноте и разнообразии). Показано, что при выстраивании психологической работы с людьми со спинальной травмой необходимо учитывать пол, возраст и потенциал сказки, которая становится ресурсом в переживаниях духовного кризиса и в изменении отношения к своему Я.

Ключевые слова: спинальная травма, духовный кризис, отношение к Я, Я-концепция.

Для цитаты: Вачков И.В., Одинцова М.А., Тристан О.А. Особенности переживания духовного кризиса и отношение к своему Я при спинальной травме // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 42–64. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280304>

FEATURES OF EXPERIENCING A SPIRITUAL CRISIS AND ATTITUDES TO SELF IN PERSONS WITH SPINAL INJURY

IGOR V. VACHKOV

Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>,

e-mail: igorvachkov@mail.ru

MARIA A. ODINTSOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>,

e-mail: mari505@mail.ru

OKSANA A. TRISTAN

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-5170>,

e-mail: tristanoa@fdomgppu.ru

The article presents the results of the study of the specifics of spiritual crisis experience and attitudes to Self in persons with spinal injury (N=65) and conventionally healthy respondents (N=63). The characteristics of spiritual crisis most typical of people with spinal injury were: dissatisfaction and loneliness attributed to the past, present, and future; and suffering attributed to the past. The categories of dissatisfaction, loneliness, and suffering were heterogeneous, as reflected in texts produced by

people with spinal injuries and healthy people of different sex and age. Groups distinguished by time elapsed since injury did not differ on quantitative signs of spiritual crises but differed qualitatively in their experiences of dissatisfaction, loneliness, and suffering. People who had lived with the injury longer often experienced uselessness, and a lack of contacts, attention, and support; they were disposed to self-flagellation and guilt. Their attitude to Self reflected in the texts of fairy tales. Healthy controls wrote simple fairy tales describing the interaction of the Real Self and Ideal Self. By contrast, people with spinal injuries focused their stories on emotional experiences of their attitude to Self (complicated fairy tales) or finding meaning, accepting oneself and life in all its fullness and variety (complex fairy tale). Counseling people with a spinal injury, one should take into account both gender and age of the injured person and the potential of the fairy tale itself, which becomes a resource in the experiencing of spiritual crisis and in changing attitudes to Self.

Keywords: spinal injury, spiritual crisis, attitude towards Self, Self-concept.

For citation: Vachkov I.V., Odintsova M.A., Tristan O.A. Features of Experiencing a Spiritual Crisis and Attitudes to Self in Persons with Spinal Injury. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 42–64. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280304>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Различные жизненные события могут полностью перевернуть ранее сформированные представления человека о ценностях, смысле жизни, представления о самом себе. Одним из таких значимых событий становится приобретенная в результате трагического случая инвалидность. Особенно тяжелыми являются травмы спинного мозга, приводящие к серьезным физическим ограничениям и резкому изменению всех сфер жизни [13; 14]. Стремясь адаптироваться к своему новому Я и эффективно встроиться в новую жизненную реальность, люди борются не только с физическими ограничениями, утратой привлекательности, статуса, прежних ролей, стигмой инвалида-колясочника, но и с другой болью, связанной с душевными [9] и духовными переживаниями.

Уникальность, сложность, многоплановость, конфликтность подобных переживаний выводят нас на проблематику духовного кризиса, который понимается как:

1) переживание утраты бытийной основы существования в результате значимого события или явления, сопровождающееся нарушением процесса поиска священного [2; 3; 18; 25; 26; 32];

2) важнейший стимул, поворотный пункт саморазвития, достижения социально-психологической и нравственно-духовной зрелости личности [1; 2; 15; 18];

3) этап очищения от ненужного, избыточного, период выбора альтернативных путей для выстраивания своей судьбы [6; 18; 23].

С точки зрения В.В. Козлова, духовный кризис связан, с одной стороны, с нацеленностью личности на развитие себя в духовном, социальном, материальном плане и невозможностью реализовать имеющийся потенциал. С другой стороны — с недостаточностью энергии для реализации себя одновременно во всех сферах [8], что особенно остро переживается людьми с приобретенной в результате травмы инвалидностью [15; 18; 26]. При неуспешном проживании духовного кризиса человек не может выстраивать новые жизненные ориентиры, не способен к пересмотру границ своего Я и, обращаясь к своему внутреннему миру, не в состоянии привести его в соответствие с изменившимися условиями.

В связи с этим проблематика переживания духовного кризиса и отношения к своему Я у лиц с приобретенной инвалидностью становится особенно актуальной. Неслучайно в последние годы наблюдается рост интереса к вопросам духовности, духовного кризиса и Я-концепции в контексте проблем здоровья/инвалидности. Так, духовность рассматривается как буфер для преодоления широкого спектра стрессогенных жизненных событий, важнейший фактор адаптации после травмы [1; 31]. В отечественной и зарубежной психологии вводится понятие «духовное совладание» [2; 25], включающее отношения с самим собой, другими людьми, природой, высшими силами и призванное помочь людям справиться с трудностями на основе обретения смысла, что может укрепить их в борьбе со страданиями. Ф.Е. Василюк выделяет несколько типов такого совладания: «инструментальное, ценностное, синергичное и соборное» [2, с. 149], которые включаются в пространственно-динамическую модель совладания. С точки зрения автора, такое совладание является живым процессом, который разворачивается в многомерном пространстве и приобретает определенные типологические характеристики в зависимости от локализации и направленности движения [2]. Показано, что духовное совладание может стать эффективным средством решения серьезных проблем со здоровьем. С увеличением тяжести заболевания/инвалидности (особенно это касается жизнеугрожающих заболеваний, одним из которых становится повреждение спинного мозга) увеличивается зависимость человека от духовных, религиозных и социальных ресурсов [25].

В зарубежной психологии духовный кризис рассматривается в широком смысле как кризис общественных идеалов, ценностей, смыслов, религиозных убеждений в условиях нестабильности и глобального нездоровья общества [23]. В узком смысле — это естественный, преобразующий процесс, который при правильном управлении приводит к личностному росту и трансформации [32]; это переломный момент в ценностно-смысловой сфере, системе убеждений, отношении к самому себе [33]; это приобретение духовного опыта в результате преодоления

внутренних и внешних событий, имеющих травмирующий характер [18]; условие для посттравматического роста в результате стрессовых жизненных событий, которые форсируют личностное переустройство и способствуют позитивным психологическим изменениям [5]. Считается, что в основе духовного кризиса лежат страдания, в результате которых происходят изменения в Я-концепции [26]. Внезапная болезнь и инвалидность становятся своеобразной атакой на самого себя и существенно меняют представление о себе, а постоянное и неустанное усилие по восстановлению чувства Я на фоне физиологического разрушения является меняющейся и нестабильной реальностью [28]. В зарубежной психологии в контексте проблем, связанных со спинальной травмой, изучаются вопросы стигматизации [24], депрессии [27], социальной изоляции [21], роли досуга в посттравматическом росте [19], качества и удовлетворенности жизнью [22; 29], духовного благополучия [17; 34]. Показано, что высокий уровень духовности связан с улучшением качества жизни, с удовлетворенностью жизнью, психическим здоровьем и сопротивляемостью [26].

В отечественных исследованиях ситуация приобретенной инвалидности в результате спинномозговой травмы также рассматривается как кризисная, порождающая духовную активность личности. С одной стороны, — это переживание несоответствия личности привычным сложившимся ролям и собственным представлениям о себе, что способствует развитию чувства неполноценности и сужению возможностей самореализации [4], с другой стороны, — это подлинный духовный рост и поиск силы в беде. Несмотря на утрату прежних основ и нарушение целостности Я, такая ситуация дает возможность понять свое предназначение, найти ресурсы, позволяющие справиться с трудностями [1; 4]. Как пишет Ф.Е. Васильюк, «... несчастье, боль, болезнь остаются самими собой, но они мыслятся не как нечто случайное, внутренне несвязанное с моей судьбой, а как какой-то геологический разлом бытия, который открывает невидимые до того корни и слои моей жизни, как нечто чреватое глубинным смыслом, новым поворотом в жизни, как вызов и зов. Такое восприятие позволяет человеку в глубине страдания, как бы по ту сторону его, сквозь него усмотреть то, что открывается только через этот узкий путь и что без него не могло быть понято или сделано» [2, с. 144].

Выделяют несколько типов переживания данной ситуации: крах планов и надежд; сужение социальных контактов; обесценивание жизни; добровольная капитуляция; успешная адаптация и принятие новой роли [10]. Конкретизируются сущностные характеристики образа физического Я, исследуется соотношение физического реального и идеального Я. Также обнаружено, что в молодом возрасте травма зачастую способствует адаптационным расстройствам личности, а в зрелом — становит-

ся источником переосмысления прошлого, поиска новых смыслов существования [11; 12; 14]. Однако проблема специфики выраженности духовного кризиса у лиц со спинальной травмой и отношения к своему Я обозначена в исследованиях лишь косвенно, что и определило цель данной работы.

Гипотеза: у людей со спинальной травмой духовный кризис выражен в большей степени, чем у условно здоровых, что отразится в субъективных оценках основных жизненных категорий, подчеркивающих своеобразие духовного кризиса и в сказках о взаимодействии Я-реального и Я-идеального.

Для проверки данного предположения было проведено эмпирическое исследование, в котором сделан сравнительный анализ выраженности характеристик духовного кризиса, субъективных оценок основных жизненных категорий, авторских сказок здоровых и людей со спинальной травмой разного возраста, пола и периода травмы.

Метод

Выборка. На начальном этапе в исследовании приняли участие 165 человек: 100 здоровых (25 мужчин и 75 женщин) и 65 с инвалидностью I группы в результате спинальной травмы с последующим нарушением функций нижних конечностей. Среди причин травмы были: автомобильная авария, падение с высоты, спортивная травма. Передвигаются на колясках 37 мужчин и 27 женщин, из них 2 женщины передвигаются на дополнительных опорах. Для уравнивания выборки по полу и возрасту из группы здоровых постепенно удалялись данные. В итоге остались данные на 63 человек (25 мужчин и 38 женщин). Группы не различались по полу ($\chi^2=2,836$ при $p=0,065$) и возрасту ($\chi^2=2,934$ при $p=0,062$). Общий объем сбалансированной выборки составил 128 человек. При анализе полученных результатов учитывались:

1) в обеих выборках пол и возраст (молодежь до 30 лет, средний возраст 25 лет; люди зрелого возраста от 31 года до 55 лет, средний возраст 40 лет);

2) временной период травмы (до 3 лет; от 4 до 10 лет; от 11 лет и более) только в выборке лиц со спинальной травмой. При выделении временных периодов травмы мы руководствовались исследованиями Г.К. Кислицы, в которых показано, что нарушения в физическом образе Я способствуют непринятию себя реального в восстановительный период травмы (до 3 лет) [7]; исследованиями А.Ю. Суроегиной, А.Б. Холмогоровой, в которых также выделен период заболевания до 3 лет как наиболее сложный для адаптации [11; 12].

Процедура исследования. Исследование с людьми со спинальной травмой проводилось в течение трех лет (2017—2019 гг.) в различных реабилитационных центрах России. Участники с инвалидностью привлекались к исследованию последовательно по мере поступления в реабилитационные центры. Исследование проводилось индивидуально и занимало от 60 минут до полутора часов. Последовательность предъявления диагностического инструментария была следующей. Вначале предлагалась «Методика диагностики духовного кризиса» с обязательным описанием основных жизненных категорий, а затем велась работа с проективной методикой «Я-реальное и Я-идеальное» с последующим написанием сказки. Соблюдение именно такой последовательности предъявления диагностического инструментария важно для снижения напряжения и уравнивания эмоционального состояния человека в процессе погружения в сложные экзистенциальные категории. Группа сравнения, состоящая из здоровых участников, была набрана из заинтересованных в исследовании лиц. Это были реабилитологи (N=9); родственники, сопровождающие лиц со спинальной травмой (N=21); студенты — будущие помогающие специалисты (N=33).

Методики исследования. В исследовании были использованы следующие методики.

1. Методика диагностики духовного кризиса [3] для изучения категорий: неудовлетворенность, одиночество, свобода, грех, страдание, ответственность, страх смерти, бессмысленность.

2. Проективная методика «Я-реальное и Я-идеальное». Давалась инструкция: «Представьте себе свое Я-реальное. Первый образ, который пришел Вам в голову — самый верный. Остановите свое внимание на нем. Кто это? Как выглядит? Что чувствует ваше Я-реальное? О чем думает? Что делает? Рассмотрите его в своем воображении и нарисуйте. Художественные навыки значения не имеют». Проводилась беседа, в ходе которой уточнялись характеристики Я-образа. Такая же работа проводилась и с Идеальным образом Я. Только после этого давалась инструкция: «Предположим, ваши Я-реальное и Я-идеальное встретились. О чем бы они разговаривали? Напишите об этом сказку или историю». Тексты анализировались по следующим критериям: 1) особенности взаимодействия Я-реального и Я-идеального; 2) обращенность автора текста к прошлому, настоящему, будущему; 3) тип сказки; 4) содержание сказки.

Обработка данных. При статистической обработке полученных данных были использованы критерии Манна—Уитни и Краскела—Уоллеса для сравнения независимых выборок по количественным показателям и критерий χ^2 Пирсона для сравнения независимых выборок по качественным показателям. Контент-анализ высказываний по категориям духовного кризиса, текстов сказок проводился тремя экспертами: один

эксперт имеет степень доктора психологических наук, один — кандидат психологических наук, третий эксперт — с нарушением опорно-двигательного аппарата в результате спинальной травмы, полученной 20 лет назад, заканчивающий магистратуру по направлению психологии. Средняя согласованность мнений экспертов составила 90%. Был проведен комплексный анализ сказок, включающий раскрытие смысла текстов на основании трех уровней, предложенных Полем Рикером: наивное чтение (общее впечатление от текстов здоровых и лиц со спинальной травмой); структурный анализ (выделение основных смысловых единиц в тексте и их кодирование); критическая интерпретация. Учитывалась согласованность мнений экспертов. В этом случае качественный анализ объединялся с количественным, что обеспечивало более глубокое понимание высказываний участников исследования об основных жизненных категориях, подчеркивающих своеобразие переживания духовного кризиса и текстов сказок о Я-реальном и Я-идеальном.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ проявлений духовного кризиса в группах лиц со спинальной травмой и здоровых показал следующее. Люди с инвалидностью не в полной мере удовлетворены настоящим, выстраивают пессимистичные прогнозы относительно своего будущего, переживают одиночество в настоящем и убеждены, что данные переживания сохранятся в их будущем в отличие от группы сравнения (табл. 1).

Таблица 1
Выраженность характеристик духовного кризиса у здоровых и лиц со спинальной травмой (средний ранг)

Группы	Неудовлетворенность настоящим	Неудовлетворенность будущим	Одиночество в настоящем	Одиночество в будущем
Здоровые	56,24	57,68	58,19	58,31
Лица со спинальной травмой	72,51	71,11	70,62	70,50
Уровень значимости различий, p	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05

Возможно, выраженная неудовлетворенность настоящим и будущим связана с застреванием на травматической ситуации, которая, несмотря на то, что осталась в прошлом, продолжает напоминать о себе в насто-

ящем и сказываться на негативных прогнозах будущего. В работах зарубежных коллег показано, что если человеку удастся представить себе будущее, содержащее некоторые важные элементы из прошлого, и он знает, что делать в настоящем, это дает энергию и придает смысл даже самой невыносимой ситуации [15]. Более высокие оценки переживаний одиночества в настоящем и прогнозирования будущего, возможно, связаны и с размером социальных сетей, которые становятся более узкими у людей со спинальной травмой после трагического случая [21]. В исследовании Ж. Пикхартовой с коллегами на выборке людей старше 50 лет было показано, что одиночество может стать самоисполняющимся пророчеством в результате сложившихся возрастных стереотипов [30]. Возможно, стереотипы, связанные с инвалидностью, также оказывают существенное влияние на опыт переживания одиночества в настоящем и в прогнозировании — будущего.

Детальный анализ с учетом возраста показал, что группы значительно различаются по таким характеристикам духовного кризиса, как неудовлетворенность настоящим и будущим, одиночество в прошлом (табл. 2).

Таблица 2

Выраженность характеристик духовного кризиса у здоровых и лиц со спинальной травмой разного возраста (средний ранг)

Подгруппы	Неудовлетворенность настоящим	Неудовлетворенность будущим	Одиночество в прошлом
Здоровые молодого возраста (N=24)	57,63	44,77	74,71
Здоровые зрелого возраста (N=39)	55,38	65,63	57,71
Молодежь со спинальной травмой (N=22)	79,64	74,73	77,93
Люди зрелого возраста со спинальной травмой (N=43)	68,86	69,26	58,09
Уровень значимости различий, p	<0,05	<0,01	<0,05

Примечание: уровни значимости различий приведены между показателями четырех возрастных подгрупп.

Попарное сравнение групп между собой позволило уточнить, что у лиц со спинальной травмой молодого возраста в большей степени выражены переживания *одиночества* в прошлом в отличие от людей зрелого возраста этой же группы, неудовлетворенность настоящим и будущим в отличие от группы молодежи без инвалидности. Безусловно, это связано с возрастными особенностями молодежи, для которой отсутствие свя-

зей с другими людьми, недостаток общения, внимания, дружественных контактов, любви и тепла, невозможность создания своей семьи становятся особенно болезненными. В некоторой степени это подтверждается другим исследованием, в котором показано, что для молодых людей со спинальной травмой, в отличие от людей старшего возраста, крайне важно ощущение социальной поддержки со стороны друзей, что позволяет им сохранить самооценку и уверенность в себе [22].

Значимые различия в характеристиках духовного кризиса обнаружены и при анализе групп по полу (табл. 3).

Таблица 3

Выраженность характеристик духовного кризиса у здоровых мужчин и женщин и мужчин и женщин со спинальной травмой (средний ранг)

Подгруппы	Неудовлетворенность прошлым	Одиночество в прошлом	Страдание в прошлом
Мужчины, подгруппа здоровых	50,32	51,68	46,08
Женщины, подгруппа здоровых	69,59	72,41	74,45
Мужчины со спинальной травмой	58,03	55,78	57,96
Женщины со спинальной травмой	78,80	76,73	76,09
Уровень значимости различий, р	<0,01	<0,01	<0,01

Примечание: уровни значимости различий приведены между показателями четырех подгрупп мужчин и женщин.

Мужчины и женщины разных групп различаются неудовлетворенностью, переживаниями одиночества и выраженностью страданий в своем прошлом, что в большей степени характерно для женщин со спинальной травмой. Переживания одиночества в прошлом одинаково оценили обе женские группы, что не характерно для мужских групп. Наиболее чувствительными к страданию в своем прошлом оказались обе женские группы и мужская группа с инвалидностью. Стоит признать, что лишь в небольшой части исследований анализируются различия между мужчинами и женщинами со спинальной травмой, в силу малочисленности выборок или явного доминирования в выборках мужчин. В единичных исследованиях мужчин и женщин со спинальной травмой показано, что мужчины в меньшей степени полагаются на свои эмоциональные переживания в отличие от женщин [31]; женщины со спинальной травмой имеют больше друзей в неформальных сетях в отличие от мужчин [21]. Несмотря на это, чувство одиночества может присутствовать даже при

наличии широкой социальной сети, что может быть связано не с количеством, а с качеством межличностных отношений.

Особый интерес представляет обращенность участников нашего исследования к разным временным категориям. Прослеживаются неудовлетворенность прошлым, настоящим и будущим, одиночество в прошлом, настоящем и будущем, страдания в прошлом в зависимости от пола и возраста. В некоторой степени это согласуется с исследованием С. Ангель с коллегами [16]. Так, при наблюдении 12 мужчин и женщин в течение двух лет после травмы было обнаружено, что их переживания сосредоточивались на настоящем, уравнивая прошлое и будущее. Было показано, что людям со спинальной травмой на разных этапах реабилитации важна перспектива на будущее. Именно она становится их основой и движущей силой. Но точкой отсчета для них все же является прошлая жизнь и реалистичное понимание того, что потеряно навсегда. В случаях осознания множественности потерь перспективы будущего трудно представить [16]. В нашем исследовании, возможно, данный факт отразился на прогнозах молодежи со спинальной травмой относительно переживания неудовлетворенности в будущем. Их травмы более свежие, жизненные перспективы оказываются в режиме ожидания.

Неудовлетворенность, одиночество и страдания нельзя рассматривать как нечто однородное, каждый человек наделяет их своими характеристиками. Обобщенный анализ текстов показал, что *неудовлетворенность* понималась:

- 1) как неоправданность ожиданий;
- 2) невозможность достижений;
- 3) дискомфорт в эмоциональной сфере (раздражение, страх, отчаяние, боль и т. п.);
- 4) недостаток или
- 5) отсутствие чего-либо важного;
- 6) нейтральный ответ, не относящийся напрямую к категории неудовлетворенности.

Категория одиночества также была неоднородна, она связывалась:

- 1) с негативными эмоциональными переживаниями (пустота, уныние, страх и т. п.);
- 2) одиночеством в толпе;
- 3) невостребованностью, покинутостью, ненужностью;
- 4) отсутствием контактов;
- 5) недостатком поддержки и внимания;
- 6) возможностью заняться чем-то важным (одиночество как ресурс).

Категория *страдания* соотносилась:

- 1) с негативными эмоциями, душевными терзаниями, муками;
- 2) болью;

- 3) одиночеством;
- 4) физическими проблемами;
- 5) физическим и эмоциональным дискомфортом одновременно;
- 6) невозможностью что-то изменить;
- 7) сожалением о содеянном, самобичеванием;
- 8) потерей чего-то важного;
- 9) ресурсом;
- 10) соучастием, сочувствием другим в их беде.

В некоторых случаях по анализируемым категориям духовного кризиса давалось несколько ответов одновременно. Значимые различия в высказываниях участников были получены по характеристикам: неудовлетворенность как эмоциональный дискомфорт; отсутствие чего-то важного, одиночество как негативные эмоциональные переживания; страдание как сочувствие другим в их беде, что в большей степени характерно для лиц со спинальной травмой (табл. 4).

Таблица 4

Значимые различия в субъективных оценках неудовлетворенности, одиночества и страдания, отражающих суть духовного кризиса у здоровых и лиц со спинальной травмой

Группы	Неудовлетворенность как			Одиночество как	Страдание как
	неоправданность ожиданий, нереализованность потребностей	дискомфорт, недовольство, раздражение	лишение, отсутствие чего-либо важного	негативные эмоциональные переживания	сочувствие, другим в их беде
Здоровые	38,1%	25,4%	12,7%	14,3%	0,0%
Со спинальной травмой	21,5%	55,4%	26,2%	30,8%	12,3%
χ^2	4,201	11,927	3,685	4,961	8,017
Уровень значимости, p	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01

Единственная характеристика неудовлетворенности как неоправданности ожиданий, нереализованности потребностей чаще обозначалась здоровыми участниками исследования в отличие от лиц со спинальной травмой.

Дополнительный сравнительный анализ субъективных оценок неудовлетворенности, одиночества и страданий с учетом возраста и пола показал следующее. Неудовлетворенность как дискомфорт, раздраже-

ние, недовольство чаще упоминали зрелые (58,1%) и молодые (50%) люди со спинальной травмой, в отличие от здоровых зрелого (23,1%) и молодого (29,2%) возраста ($\chi^2=12,55$ при $p=0,006$). Одиночество связывали с негативными эмоциональными переживаниями также зрелые люди со спинальной травмой (37,2%) в отличие от здоровых зрелого возраста (10,3%), здоровой молодежи и молодежи со спинальной травмой (18,2% и 20,8% соответственно) ($\chi^2=8,916$ при $p=0,030$). Интересно, что одиночество как отсутствие контактов чаще называли обе молодежные группы: здоровые и со спинальной травмой (45,8% и 50,0% соответственно) в отличие от двух групп людей зрелого возраста (25,6% и 16,3% соответственно) ($\chi^2=11,152$ при $p=0,011$). Одиночество как недостаток, нехватка внимания, поддержки чаще указывалось молодежью со спинальной травмой (63,6%), здоровой молодежью (54,2%), зрелыми людьми со спинальной травмой (41,9%) в отличие от людей зрелого возраста группы здоровых (25,6%) ($\chi^2=9,863$ при $p=0,020$). Страдание как соучастие, сочувствие в беде чаще упоминалось молодыми (9,1%) и зрелыми (14,0%) лицами со спинальной травмой и совершенно не упоминалось группами здоровых ($\chi^2=8,595$ при $p=0,035$).

Подгруппы мужчин и женщин среди здоровых и лиц со спинальной травмой также отличались частотой упоминания анализируемых характеристик духовного кризиса. Так, неудовлетворенность как эмоциональный дискомфорт чаще называли женщины (71,4%) и мужчины (43,2%) со спинальной травмой в отличие от здоровых мужчин (24,0%) и женщин (26,3%) ($\chi^2=17,210$ при $p=0,001$). В качественных характеристиках одиночества различий по полу обнаружено не было. Страдание как соучастие, «сочувствие тем, кому еще хуже, чем тебе», чаще обозначала мужская (18,9%) и женская (3,6%) группы со спинальной травмой ($\chi^2=14,33$ при $p=0,002$), в отличие от здоровых мужчин и женщин, которые ни разу не упомянули данную характеристику.

Далее для изучения взаимодействия Я-реального и Я-идеального, были проанализированы тексты сказок. Из всего массива текстов были удалены эссе, а для анализа оставлены только тексты, соответствующие жанру сказки (41 сказка здоровых и 41 сказка лиц со спинальной травмой). Эксперты читали и оценивали сказки, обращая внимание:

- 1) на особенности взаимодействия Я-реального и Я-идеального;
- 2) обращенность автора текста к прошлому, настоящему, будущему;
- 3) тип сказки;
- 4) содержание сказки.

Значимые различия между группами здоровых и лиц со спинальной травмой были обнаружены только по критерию «тип сказки». Лица со спинальной травмой чаще писали усложненные и сложные сказки в отличие от здоровых ($\chi^2=8,420$ при $p=0,015$) (рис. 1.).

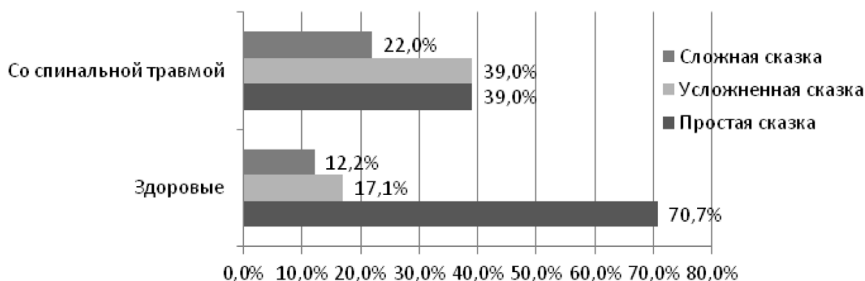


Рис. 1. Типы сказок в группах здоровых и лиц со спинальной травмой (%)

Для здоровых по большей части характерны простые, короткие сказки с некоторым морализаторством, прямыми советами от Я-идеального о том, что пора действовать, отпустить старое, развиваться, работать; о прогнозах на будущее, которое обязательно будет счастливым; о некоторых характерных особенностях Я-реального и Я-идеального и т. п. Люди со спинальной травмой чаще писали сказки с погружением в свои эмоциональные переживания (о сочетании радостей и трудностей; о страхах, душевной боли; о вдохновении, счастье, комплексах, оптимизме, доброте, любви и принятии себя). Сложные сказки отличались оригинальностью, в текстах прослеживался разрыв в традиционной цепочке, состоящей из обязательного стремления Я-реального к Я-идеальному («идеалом быть не трудно в идеальном мире»; «идеальное грустит, устало от рутины, оно богатое, подкачанное, но не счастливое»); идеальное благодарило реальное за то, что во многом только усилила реального помогли идеальному стать успешным и независимым («без тебя «Я из прошлого» (Я-реального), меня (Я-идеального) бы тоже не было»). Такие сказки были сосредоточены на поиске смысла и принятии жизни во всей ее полноте и разнообразии: «Да, в моем мире я не могу танцевать и у меня патологическая походка, из-за которой я нуждаюсь в посторонней помощи, но зато я знаю, кто мне друг, а кто просто так»; «В идеальном мире все искусственно и стерильно, поэтому нет страданий, и нет радостей»; «Грустно знать все, потому что тогда нет возможности познавать что-то новое...» и т. п.

Далее были проанализированы различия между группами лиц с инвалидностью по сроку проживания травмы. Исследование показало, что у лиц со спинальной травмой с разным сроком травмы (от года до трех лет включительно (N=8); от четырех до десяти лет (N=21); от 11 лет и более (N=36) не обнаружено значимых различий по всем категориям духовного кризиса. Это согласуется с исследованиями С. Ангель с коллегами, которые утверждают, что время не обязательно лечит все раны,

и не все пациенты адаптируются к своему положению и находят смысл даже через два года после происшествия [16]. В исследованиях Сюзан ДеСанто-Мадейя о поиске смысла через 5—10 лет после травмы спинного мозга также показано, что жизнь с травмой — это постоянный поиск понимания будущего, которое неизвестно, адаптация к своему новому образу жизни и новой роли и постоянное приобретение опыта [20]. Еще одно исследование показало, что независимо от времени люди имеют умеренный уровень адаптации к новой ситуации [27].

Вместе с тем качественный анализ мнений относительно неудовлетворенности, одиночества и страданий, как основных характеристик духовного кризиса, показал следующее. Неудовлетворенность как лишение, отсутствие чего-то важного чаще отмечала группа со сроком травмы до 3 лет (75%) в отличие от группы со сроком от 4 до 10 лет (9,5%) и с травмой от 11 лет и более (25%) ($\chi^2=12,915$ при $p=0,002$). Одиночество связывали с негативными эмоциональными переживаниями люди со спинальной травмой от 11 лет и более (41,7%), в отличие от второй (23,8%) и первой групп, в которых не было ни одного утверждения, связанного с негативным восприятием одиночества ($\chi^2=6,040$ при $p=0,049$). Об одиночестве как невостребованности, ненужности чаще писали люди со спинальной травмой второй группы (42,9%), в отличие от третьей (26,2%) и первой (0%) групп ($\chi^2=6,155$ при $p=0,046$). Одновременно с этим одиночество как отсутствие контактов чаще отмечала первая (75%), в отличие от второй (28,6%) и третьей (16,7%) групп ($\chi^2=11,135$ при $p=0,004$). На одиночество как недостаток внимания и поддержки также чаще указывала первая (75%) и вторая (61,9%) группы, в отличие от третьей (36,1%) группы ($\chi^2=5,954$ при $p=0,051$). Страдание как сожаление о содеянном, муки совести, самобичевание, расплата за грехи чаще отмечались первой (28,6%) группой, в отличие от третьей (8,3%) и второй (0%) групп ($\chi^2=5,982$ при $p=0,05$).

При анализе сказок у лиц с разным сроком травмы было обнаружено только одно различие: тип сказки. Сложные сказки с выходом на смысловую уровень чаще писали люди со сроком травмы от 11 лет и более ($\chi^2=10,920$ при $p=0,027$) (табл. 5).

Таблица 5
Типы сказок у лиц со спинальной травмой разного срока (%)

Типы сказок	До 3 лет (N=5)	От 4 до 10 лет (N=13)	От 11 лет и более (N=23)
Простая сказка	0,0%	61,5%	34,8%
Усложненная сказка	80,0%	38,5%	30,4%
Сложная сказка	20,0%	0,0%	34,8%

Люди со спинальной травмой до 3 лет включительно, описывая взаимодействие Я-реального и Я-идеального, по большей части концентрировались на своих эмоциональных переживаниях. С травмой от 4 до 10 лет чаще писали простые и усложненные сказки. Сложные сказки чаще писали люди со сроками травмы от 11 лет, в сравнении с первыми двумя группами. При этом для них характерны все виды сказок. Это согласуется с упомянутыми нами выше исследованиями зарубежных коллег о сложном процессе адаптации к травматическому опыту людей с разными сроками травмы, что и отразилось в их текстах.

Выводы

Исследование позволило убедиться в том, что такие характеристики духовного кризиса, как неудовлетворенность и одиночество, проявляющиеся в прошлом, настоящем и будущем, страдания в прошлом наиболее характерны для людей со спинальной травмой. У молодежи со спинальной травмой в большей степени выражены переживания одиночества в прошлом в отличие от людей зрелого возраста этой же группы, неудовлетворенность настоящим и будущим в отличие от группы молодежи без инвалидности. Неудовлетворенность, переживания одиночества и выраженность страданий в своем прошлом в большей степени характерны для женщин со спинальной травмой. Наиболее чувствительными к страданию в прошлом оказались обе женские группы и мужская группа с инвалидностью.

Исследование показало, что категории неудовлетворенности, одиночества и страдания неоднородны. Неудовлетворенность как дискомфорт, недовольство в большей степени характерны для мужчин и женщин разного возраста со спинальной травмой. Одиночество как недостаток поддержки чаще называли обе возрастные группы со спинальной травмой и группа здоровой молодежи; негативные эмоциональные переживания, связанные с одиночеством отмечали зрелые люди со спинальной травмой; одиночество как недостаток контактов отмечали обе молодежные группы вне зависимости от наличия инвалидности. Страдания как сопереживание чужим несчастьям чаще отмечали мужчины со спинальной травмой.

Особый интерес представляет анализ сказочных текстов участников исследования. Здоровые чаще писали простые, короткие сказки с некоторым морализаторством, прямыми советами от Я-идеального; о некоторых характерных особенностях Я-реального и Я-идеального. Люди со спинальной травмой чаще писали сказки с погружением в свои эмоциональные переживания. Сложные сказки отличались оригинальностью, в текстах прослеживался разрыв в традиционной цепочке стремления

Я-реального к Я-идеальному, звучала мысль о принятии Я-реального; сосредоточенность на поиске смысла и принятии жизни во всей ее полноте и разнообразии. Это согласуется с мыслью Ф.Е. Василюка о том, что страдание из замкнутой на себя, неподвижной, равной себе реальности превращается в средство реализации ценностей и полностью меняет отношение к жизни [2].

Группы с разными сроками спинальной травмы не различались по количественным характеристикам духовного кризиса, однако различались качественными характеристиками неудовлетворенности, одиночества и страданий. Для группы с самым ранним сроком травмы (до трех лет) характерны неудовлетворенность как лишение, отсутствие чего-то важного; одиночество как недостаток контактов, поддержки и внимания; страдания как сожаление о прошлом неудачном опыте; самобичевание. Для группы со сроком травмы от 4 до 10 лет характерны переживания одиночества как непринятия другими, ненужности; одиночества как недостатка поддержки. Третья группа со сроком травмы от 11 лет чаще связывала одиночество с негативными эмоциональными переживаниями.

Ограничениями данного исследования стали: 1) недостаток данных о семейном положении, наличии детей, занятости, материальном положении, условиях проживания и т. д.; 2) отсутствие данных по прогнозам развития заболевания; 3) выборка сравнения состояла в основном из заинтересованных лиц. Все это необходимо учесть в дальнейших исследованиях.

Вместе с тем исследование показало, что при выстраивании психологической работы с людьми со спинальной травмой необходимо учитывать пол, возраст, давность травмы и потенциал сказки, которая становится ресурсом в переживаниях духовного кризиса и в изменении отношения к своему Я.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоус Е.И. Духовный кризис и саморазвитие личности // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2014. № 4. С. 9—16.
2. Василюк Ф.Е. Типы духовного совладания // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 5. С. 139—152. DOI:10.17759/cpp.2014220507
3. Восточская Л.В., Лящук А.В. Духовный кризис: проблемы определения и диагностики // Психологическая диагностика. 2005. № 1. С. 51—71.
4. Данилова М.А., Андриевский А.Ю., Казачек З.А. Исследование ценностно-смысловой сферы у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой как фактор психологической реабилитации // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2016. № 5. С. 43—47.

5. Духовный кризис. Когда преобразование личности становится возможным: пер. с англ. / Под ред. С. Грофа, К. Гроф. М.: Ганга, 2018. 496 с.
6. *Ермаков В.П., Похилько А.Д.* Позитивная значимость экзистенциальных кризисов // Научные ведомости. Серия: Философия. Социология. Право. 2010. № 14 (85). С. 193—199.
7. *Кислица Г.К.* Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Т. 4. № 4. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (дата обращения: 24.05.2020).
8. *Козлов В.В.* Психология кризиса. Москва: Институт консультирования и системных отношений, 2014. 528 с.
9. *Котова О.А., Булюбаи И.Д., Байкова И.А.* Психоэмоциональные особенности пациентов, перенесших спинномозговую травму // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2013. № 4. С. 17—21.
10. *Морозов И.Н.* Характеристика психологических, социальных проблем и ресурсов у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой // Фундаментальные исследования. 2011. № 7. С. 111—114.
11. *Нестерова И.Н., Прудникова О.Г., Баранская Л.Т. и др.* Психоэмоциональный статус и копинг-стратегии у пациентов с отдаленными последствиями травматической болезни спинного мозга // Сибирский психологический журнал. 2017. № 64. С. 106—119. DOI:10.17223/17267080/64/7
12. *Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.* Адаптация родителей к разным типам хронического инвалидирующего заболевания ребенка (последствиям спинальной травмы и детского церебрального паралича в подростковом и юношеском возрасте) // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 177—195.
13. *Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.* Динамика психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, проходящих реабилитацию после травмы спинного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 3. С. 43—64.
14. *Шмелева С.В., Гольцов А.В.* Особенности образа физического «Я» у инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата // Ученые записки РГСУ. 2016. № 3 (136). С. 87—95. DOI:10.17922/2071-5323-2016-15-3-87-95
15. *Angel S., Kirkevold M., Pedersen B.D.* Rehabilitation as a fight: A narrative case study of the first year after a spinal cord injury // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. 2009. Vol. 4 (1). P. 28—38. DOI:10.1080/17482620802393724
16. *Angel S., Kirkevold M., Pedersen B.D.* Getting on with life following a spinal cord injury: Regaining meaning through six phases // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. 2009. Vol. 4 (1). P. 39—50. DOI:10.3402/qhw.v4i1.4999
17. *Aktürk S., Aktürk U.* Determining the spiritual well-being of patients with spinal cord injury // The Journal of Spinal Cord Medicine. 2020. Vol. 43 (1). P. 69—76. DOI:10.1080/10790268.2018.1490875
18. *Bray P.* A broader framework for exploring the influence of spiritual experience in the wake of stressful life events: Examining connections between posttraumatic

- growth and psycho-spiritual transformation // *Mental Health, Religion & Culture*. 2010. Vol. 13 (3). P. 293—308. DOI:10.1080/13674670903367199
19. *Chun S., Lee Y.* The role of leisure in the experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury // *Journal of Leisure Research*. 2010. Vol. 42 (3). P. 393—415. DOI:10.1080/00222216.2010.11950211
 20. *DeSanto-Madeya S.* The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury // *Western Journal of Nursing Research*. 2006. Vol. 28 (3). P. 265—289. DOI:10.1177/0193945905283178
 21. *Guilcher S.J., Craven B.C., Bassenett-Gunter R.L. et al.* An examination of objective social disconnectedness and perceived social isolation among persons with spinal cord injury/dysfunction: A descriptive cross-sectional study [Электронный ресурс] // *Disability and Rehabilitation*. 2019. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1616328> (дата обращения: 10.05.2020). DOI:10.1080/09638288.2019.1616328
 22. *Ferdiana A., Post M.W.M., King N. et al.* Meaning and components of quality of life among individuals with spinal cord injury in Yogyakarta Province, Indonesia // *Disability and Rehabilitation* 2018. Vol. 40 (10). P. 1183—1191. DOI:10.1080/09638288.2017.1294204
 23. *Ho D.Y.F. Ho R.T.H.* Measuring spirituality and spiritual emptiness: Toward ecumenicity and transcultural applicability // *Review of General Psychology*. 2007. Vol. 11 (1). P. 62—74. DOI:10.1037/1089-2680.11.1.62
 24. *Kisala P., Tuisky D., Pace N. et al.* Measuring stigma after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Stigma item bank and short form // *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2015. Vol. 38 (3). P. 386—396. DOI:10.1179/1079026815Z.000000000410
 25. *Krok D.* The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles // *Mental Health, Religion & Culture*. 2008. Vol. 11 (7). P. 643—653. DOI:10.1080/13674670801930429
 26. *Michael L.* Spirituality as agency and restoration in existential recovery // *Journal of Spirituality in Mental Health*. 2019. Vol. 21 (3). P. 206—214. DOI:10.1080/19349637.2018.1458690
 27. *Migliorini C.* Spinal cord injury and mental health // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 42 (4). P. 309—314. DOI:10.1080/00048670801886080
 28. *Mozo-Dutton L., Simpson J., Boot J.* MS and me: Exploring the impact of multiple sclerosis on perceptions of self // *Disability and Rehabilitation*. 2012. Vol. 34 (14). P. 1208—1217. DOI:10.3109/09638288.2011.638032
 29. *Nitsch K.P., Stipp K., Gracz K. et al.* Integrating Spinal Cord Injury — Quality of Life instruments into rehabilitation: Implementation science to guide adoption of patient-reported outcome measures [Электронный ресурс] // *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2020. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10790268.2020.1712893> (дата обращения: 10.05.2020). DOI:10.1080/10790268.2020.1712893
 30. *Pikhartova J., Bowling A., Victor C.* Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? // *Aging & Mental Health*. 2016. Vol. 20 (5). P. 543—549. DOI:10.1080/13607863.2015.1023767
 31. *Reid-Arndt S.A., Smith M.L., Yoon D.P. et al.* Gender differences in spiritual experiences, religious practices, and congregational support for individuals with

- significant health conditions // *Journal of Religion, Disability & Health*. 2011. Vol. 15 (2). P. 175—196. DOI:10.1080/15228967.2011.566792
32. *Rush M.* Spiritual crisis in the UK // *Journal for the Study of Spirituality*. 2013. Vol. 3 (2). P. 168—171. DOI:10.1179/2044024313Z.00000000014
33. *Tassell-Matamua N.A., Steadman K.* “I feel more spiritual”. Increased spirituality after a near-death experience // *Journal for the Study of Spirituality*. 2017. Vol. 7 (1). P. 35—49. DOI:10.1080/20440243.2017.1290030
34. *Wilson C.S., Forchheimer M., Heinemann A.W. et al.* Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury // *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol. 39 (5). P. 491—496. DOI:10.3109/09638288.2016.1152600

REFERENCES

1. Belous E.I. Dukhovnyi krizis i samorazvitie lichnosti [The spiritual crisis and the self-development of person]. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti = Personality in extreme conditions and crisis situations of life activity*, 2014, no. 4, pp. 9—16.
2. Vasilyuk F.E. Tipy duhovnogo sovladaniya [Spiritual coping and its types]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22 (5), pp. 139—152. DOI:10.17759/cpp.2014220507. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Voskovskaya L.V., Lyashchuk A.V. Dukhovnyi krizis: problemy opredeleniya i diagnostiki [Spiritual crisis: Problems of definition and diagnosis]. *Psikhologicheskaya diagnostika = Psychological Diagnostics*, 2005, no. 1, pp. 51—71.
4. Danilova M.A., Andrievskii A.Yu., Kazachek Z.A. Issledovanie tsennostno-smyslovoi sfery u patsientov s pozvonochno-spinnomozgovoi travmoi kak faktor psikhologicheskoi rehabilitatsii [The study of value-semantic sphere of patients with spinal cord injury as a factor in psychological rehabilitation]. *Uchenye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya = Scientific Notes of the Crimean Engineering and Pedagogical University. Series: Pedagogy. Psychology*, 2016, no. 5, pp. 43—47.
5. Grof S., Grof C. (eds.). Dukhovnyi krizis. Kogda preobrazovanie lichnosti stanovitsya vozmozhnym. [Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis]. Moscow: Ganga, 2018. 496 p. (In Russ.).
6. Ermakov V.P., Pokhil'ko A.D. Pozitivnaya znachimost' ekzistentsial'nykh krizisov [Positive importance of existential crises]. *Nauchnye vedomosti. Seriya Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo = Scientific Bulletin: Philosophy Sociology Law*, 2010, no. 14 (85), pp. 193—199.
7. Kislitsa G.K. Osobennosti psikhologicheskogo prostranstva u lyudei s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata K. [Peculiarities of psychological space in people with musculoskeletal system disorders] [Elektronnyy resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru = Psychological Science and Education psyedu.ru*, 2012. Vol. 4 (4). Available at: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (Accessed 24.05.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Kozlov V.V. Psikhologiya krizisa [Psychology of crisis]. Moscow: Institut konsul'tirovaniya i sistemnykh otnoshenii, 2014. 528 p.

9. Kotova O.A., Bulyubash I.D., Baikova I.A. Psikhoemotsional'nye osobennosti patsientov, perenesshikh spinnomozgovuyu travmu [Psychoemotional features of patients undergoing spinal injury]. *Zhurnal Grodnenskogo Gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Journal of Grodno State Medical University*, 2013, no. 4. pp. 17—21.
10. Morozov I.N. Kharakteristika psikhologicheskikh, sotsial'nykh problem i resursov u patsientov s pozvonочно-spinnomozgovoi travmoi [The characteristic of psychological, social problems and resources at patients with the spinal cord injury]. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental Research*, 2011, no. 7, pp. 111—114.
11. Nesterova I.N., Prudnikova O.G., Baranskaya L.T., et al. Psikhoemotsional'nyi status i koping-strategii u patsientov s otdalennymi posledstviyami travmaticheskoi bolezni spinnogo mozga [Psycho-emotional status and coping strategies in patients with long-term consequences of traumatic disease of spinal cord]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Journal of Psychology*, 2017, no. 64, pp. 106—119. DOI:10.17223/17267080/64/7
12. Suroegina A.Yu., Kholmogorova A.B. Adaptatsiya roditel'ei k raznym tipam khronicheskogo invalidiziruyushchego zabolevaniya rebenka (posledstviyam spinal'noi travmy i detskogo tserebral'nogo paralicha v podrostkovom i yunosheskom vozraste) [Adaptation of parents to different types of chronic disabling illness of a child (consequences of spinal trauma and cerebral palsy in adolescence and youth)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015. Vol. 23 (1), pp. 177—195. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Suroegina A.Yu., Kholmogorova A.B. Dinamika psikhoemotsional'nogo sostoyaniya roditel'ey podrostkov i molodykh lyudej, prokhodyashchikh reabilitatsiyu posle travmy spinnogo mozga [Psychoemotional status of parents of teenagers and young people rehabilitated after spinal cord injury]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22 (3), pp. 43—64. (In Russ., abstr. in Engl.).
14. Shmeleva S.V. Gol'tsov A.V. Osobennosti obraza fizicheskogo "Ya" u invalidov s porazheniem oporno-dvigatel'nogo apparata [Features of image of the physical self of the disabled with lesions of the musculoskeletal system]. *Uchenye zapiski Rossijskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta = Scientific Notes of Russian State Social University*, 2016, no. 3 (136), pp. 87—95. DOI:10.17922/2071-5323-2016-15-3-87-95
15. Angel S., Kirkevoid M., Pedersen B.D. Rehabilitation as a fight: A narrative case study of the first year after a spinal cord injury. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2009. Vol. 4 (1), pp. 28—38. DOI:10.1080/17482620802393724
16. Angel S., Kirkevoid M., Pedersen B.D. Getting on with life following a spinal cord injury: Regaining meaning through six phases. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2009. Vol. 4 (1), pp. 39—50. DOI:10.3402/whw.v4i1.4999
17. Aktürk S., Aktürk U. Determining the spiritual well-being of patients with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 2020. Vol. 43 (1), pp. 69—76. DOI: 10.1080/10790268.2018.1490875
18. Bray P. A broader framework for exploring the influence of spiritual experience in the wake of stressful life events: Examining connections between posttraumatic

- growth and psycho-spiritual transformation. *Mental Health, Religion & Culture*, 2010. Vol. 13 (3), pp. 293—308. DOI:10.1080/13674670903367199
19. Chun S., Lee Y. The role of leisure in the experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Journal of Leisure Research*, 2010. Vol. 42 (3), pp. 393—415. DOI:10.1080/00222216.2010.11950211
 20. DeSanto-Madeya S. The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. *Western Journal of Nursing Research*, 2006. Vol. 28 (3), pp. 265—289. DOI:10.1177/0193945905283178
 21. Guilcher S.J., Craven B.C., Bassenett-Gunter R.L., et al. An examination of objective social disconnectedness and perceived social isolation among persons with spinal cord injury/dysfunction: A descriptive cross-sectional study [Elektronnyi resurs]. *Disability and Rehabilitation*, 2019. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2019.1616328> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.1080/09638288.2019.1616328
 22. Ferdiana A., Post M.W.M., King N., et al. Meaning and components of quality of life among individuals with spinal cord injury in Yogyakarta Province, Indonesia. *Disability and Rehabilitation*, 2018. Vol. 40 (10), pp. 1183—1191. DOI:10.1080/09638288.2017.1294204
 23. Ho D.Y.F. Ho R.T.H. Measuring spirituality and spiritual emptiness: Toward ecumenicity and transcultural applicability. *Review of General Psychology*, 2007. Vol. 11 (1), pp. 62—74. DOI:10.1037/1089-2680.11.1.62
 24. Kisala P., Tuisky D., Pace N., et al. Measuring stigma after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Stigma item bank and short form. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 2015. Vol. 38 (3), pp. 386—396. DOI:10.1179/1079026815Z.000000000410
 25. Krok D. The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 2008. Vol. 11 (7), pp. 643—653. DOI:10.1080/13674670801930429
 26. Michael L. Spirituality as agency and restoration in existential recovery. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 2019. Vol. 21 (3), pp. 206—214. DOI:10.1080/19349637.2018.1458690
 27. Migliorini C. Spinal cord injury and mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2008. Vol. 42 (4), pp. 309—314. DOI:10.1080/00048670801886080
 28. Mozo-Dutton L., Simpson J., Boot J. MS and me: Exploring the impact of multiple sclerosis on perceptions of self. *Disability and Rehabilitation*, 2012. Vol. 34 (14), pp. 1208—1217. DOI:10.3109/09638288.2011.638032
 29. Nitsch K.P., Stipp K., Gracz K., et al. Integrating Spinal Cord Injury — Quality of Life instruments into rehabilitation: Implementation science to guide adoption of patient-reported outcome measures [Elektronnyi resurs]. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 2020. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10790268.2020.1712893> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.1080/10790268.2020.1712893
 30. Pikhartova J., Bowling A., Victor C. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging & Mental Health*, 2016. Vol. 20 (5), pp. 543—549. DOI:10.1080/13607863.2015.1023767
 31. Reid-Arndt S.A., Smith M.L., Yoon D.P., et al. Gender differences in spiritual experiences, religious practices, and congregational support for individuals with

- significant health conditions. *Journal of Religion, Disability & Health*, 2011. Vol. 15 (2), pp. 175—196. DOI:10.1080/15228967.2011.566792
32. Rush M. Spiritual crisis in the UK. *Journal for the Study of Spirituality*, 2013. Vol. 3 (2), pp. 168—171. DOI:10.1179/2044024313Z.00000000014
33. Tassell-Matamua N.A., Steadman K. “I feel more spiritual”. Increased spirituality after a near-death experience. *Journal for the Study of Spirituality*, 2017. Vol. 7 (1), pp. 35—49. DOI:10.1080/20440243.2017.1290030
34. Wilson C.S., Forchheimer M., Heinemann A.W., et al. Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 2017. Vol. 39 (5), pp. 491—496. DOI:10.3109/09638288.2016.1152600

Информация об авторах

Вачков Игорь Викторович, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры социальной педагогики и психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

Одинцова Мария Антоновна, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Тристан Оксана Анатольевна, магистрант кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-5170>, e-mail: tristanoa@fdomgppu.ru

Information about the authors

Igor V. Vachkov, Doctor of Psychology, Professor, Social Pedagogy and Psychology Department, Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

Maria A. Odintsova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology and Pedagogy of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Oksana A. Tristan, Masters Student, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-5170>, e-mail: tristanoa@fdomgppu.ru

Получена 23.05.2020

Received 23.05.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

ОТВЕЧАЯ НА ВЫЗОВЫ COVID-19
FACING THE CHALLENGES OF COVID-19

INTERNET INTERVENTIONS FOR MENTAL HEALTH: CURRENT STATE OF RESEARCH, LESSONS LEARNED AND FUTURE DIRECTIONS

LAURA LUISA BIELINSKI

University of Bern, Bern, Switzerland

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4145-6253>,

e-mail: laura.bielinski@psy.unibe.ch

THOMAS BERGER

University of Bern, Bern, Switzerland

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2432-7791>,

e-mail: thomas.berger@psy.unibe.ch

This article gives an overview of current research on internet interventions in the field of mental health. As a result of COVID-19, the implementation of internet interventions has been given a boost in the mental health sectors of several countries all over the world. With regard to these developments, a definition of internet interventions is provided and the current state of research on different formats, treatment contents, and settings of internet interventions is discussed. Current research on the therapeutic alliance in internet interventions and possible negative effects is also described. The review closes with lessons learned from the past decades of research on internet interventions along with possible implications and future directions.

Keywords: internet interventions, online interventions, e-mental health.

Funding. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland.

For citation: Bielinski L.L., Berger T. Internet Interventions for Mental Health: Current State of Research, Lessons Learned and Future Directions. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 65–83. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280305>

ИНТЕРНЕТ-ИНТЕРВЕНЦИИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ, УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Л.Л. БЕЛИНСКИ

Бернский университет, Берн, Швейцария
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4145-6253>,
e-mail: laura.bielinski@psy.unibe.ch

Т. БЕРГЕР

Бернский университет, Берн, Швейцария
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2432-7791>,
e-mail: thomas.berger@psy.unibe.ch

Представлен обзор текущих исследований терапевтических вмешательств онлайн в сфере психического здоровья. В результате пандемии COVID-19 реализация интернет-интервенций получила поддержку в секторе психического здоровья разных стран во всем мире. С учетом этих событий дается определение интернет-интервенций и обсуждаются текущие исследования разных форматов, содержание терапии и сеттингов интернет-интервенций. Также описываются текущие исследования терапевтического альянса в рамках интернет-интервенций и возможные негативные последствия. Обзор завершается выводами, полученными на основе исследований интернет-интервенций, проведенных в последние десятилетия, наряду с возможными последствиями и будущими направлениями исследований.

Ключевые слова: интернет-интервенции, терапия в Интернете, психическое здоровье в Интернете.

Финансирование. Департамент клинической психологии и психотерапии, Бернский университет, Берн, Швейцария.

Для цитаты: *Bielinski L.L., Berger T. Internet Interventions for Mental Health: Current State of Research, Lessons Learned and Future Directions // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 65–83. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280305>*

Research on internet interventions in the field of mental health problems is not a novel topic of interest. Decades of research in various countries have focused on a variety of internet interventions and their effects [1; 15; 20; 25; 30; 61; 78]. Hundreds of controlled trials have been conducted with internet interventions [1]. However, large scale implementation of such interventions has lagged behind [85]. Reasons for this lag in the implementation of internet interventions are assumed to be varied. They may include but are not limited to unsuccessful implementation attempts [35], resistance to change amongst healthcare systems [80] and resistance amongst therapists [85].

In January 2020, the World Health Organization (WHO) Director-General declared the novel coronavirus outbreak a public health emergency of international concern, and as of March 2020, COVID-19 was declared a pandemic by the WHO [86]. Resultantly, the way of life for individuals in various countries all over the world changed drastically. COVID-19 also impacted the mental health services with, for example, the need for social distancing requiring the provision of mental health services at a distance. With regard to Covid-19 and mental health care, Wind and colleagues use the term “black swan”, and mention “a turning point for e-health” [85]. “The virus seems a greater catalyst for the implementation of online therapy and e-health tools in routine practice than two decades of many brilliant but failed attempts in this domain” [85, p. 1].

In China, the widespread use of internet services and smartphones allowed mental health providers to use e-mental health services during the COVID-19 pandemic [50]. With regard to Australia, Zhou and colleagues [88] reported that the Australian government increased funding for the delivery of telehealth interventions as a result of COVID-19. Similar efforts have been made in several other countries. In Canada, millions of dollars have been invested in the provision of e-mental health since COVID-19 [55]. Similarly, in Scotland an increased government funding has been provided [72]. In Germany, health insurance providers gave approval for the unlimited provision of video-therapy as a result of COVID-19 [44]. In summary, the use of various types of internet interventions has increased as a result of COVID-19.

These recent developments pose an essential question, one which may be forgotten amidst the increasing efforts to implement internet interventions: *based on research findings, what exactly should we be implementing?* How can we make the best use of this catalyst situation occurring due to COVID-19, while also preventing a “wild west e-health” situation as previously described by Ruwaard & Kok [66, p. 47]? In their article, the authors describe how untested e-health interventions were implemented in the Netherlands without enough consideration of what was evidence-based [66].

In order to help answer these questions, and in light of recent developments with COVID-19 and the fact that an increased implementation of e-mental

health may be more than just temporary [85], this article aims to give an overview of the current state of research in the field of internet interventions. The objective is to provide important definitions and inform on the current state of research by including information from reviews and meta-analyses in the field of internet interventions, along with examples from studies conducted by our research group. Finally, lessons learned are summarized and implications and future directions for research on and implementation of internet interventions are considered.

Internet interventions: a variety of terminology

In the internet interventions literature, a variety of terms such as e-mental health, online interventions, online therapy, internet-interventions, iCBT (internet-based cognitive-behavioral therapy), telehealth, web-based interventions, etc., are used to describe various forms of intervention [10]. A recent article by Smoktunowicz and colleagues [73] describes in detail the terminology concerns in this field of research and proposes the idea of a common glossary to remedy the situation in the future. Some terms used in the literature focus on the content of the intervention (for example iCBT); the medium of communication used (e-mail, video, smartphone, etc.), or the format of the intervention (unguided interventions, guided interventions, or blended interventions) [14] (Table 1).

In this article, the term “internet intervention” will be used as an umbrella term, in accordance to Andersson [1], who credits Ritterbrand [61] with coming up with the term. Internet interventions refer to all psychosocial interventions, that by using the medium of the Internet, aim to aid affected individuals in the prevention and treatment of symptoms of mental disorders [14].

State of research

In the following section, the current state of research on internet interventions will be highlighted by discussing different formats, treatment contents, settings, therapeutic alliance in internet interventions, and negative effects. Overall, various reviews and meta-analyses show that internet interventions are efficacious for a variety of mental health disorders and symptoms [4; 5; 10; 20; 60]. Moreover, several effectiveness studies suggest that such interventions work in routine care settings [7; 31; 37]. However, the state of research should also be examined by looking at different treatment formats, contents, and settings.

Format. Internet interventions can be grouped into unguided, guided and blended formats that include a web-based self-help program combined with more or less online or face-to-face therapist contact. Moreover, there are on-

Table 1

Common formats of internet interventions [13; 14]

Format of intervention	Definition
Unguided interventions	Unguided interventions are self-help programs that do not include actual contact with a therapist during the intervention. The Internet is used to provide information to the client. Often the client works on different modules within a specified timeframe, for example, one module a week. Such modules may include text, audio, and video content. Psychoeducative elements are common in unguided interventions.
Guided interventions	Guided interventions combine self-help programs with regular, often brief online contact with a therapist. This contact can be synchronous or asynchronous and often serves to motivate clients to continue the self-help program and to answer questions. There are also interventions in which longer emails are exchanged in the context of writing assignments [49].
Blended interventions	Blended interventions refer to a combination of internet interventions and face-to-face treatment. The type of combination can vary. Internet interventions can be used in direct combination with face-to-face treatment, before face-to-face treatment or after face-to-face treatment.
Chat / E-Mail / Videoconference	In these types of interventions, the Internet is used as a medium of communication between a therapist and a patient (for example, psychotherapy via Skype or Zoom or therapy solely per e-mail contact). The term “telemedicine” is sometimes used in this context [69].

line therapies such as e-mail, chat or video-conferencing therapies, in which the Internet is used as a communication medium between the therapist and the patient (Table 1).

Unguided treatments. A large variety of unguided internet interventions exist that have not been tested for efficacy. This is evident when one takes a look at different app-stores such as iTunes or Google Play where a plethora of apps and programs are available. This article, however, will only describe unguided interventions where research has been conducted.

With regard to depressive symptoms, a meta-analysis by Cuijpers and colleagues [24] showed small but significant effect sizes for unguided self-help programs in comparison with control groups (Cohen’s $d=0.28$). At 4 to 12 months follow-up the between-group effect size was $d=0.23$. Control groups in the meta-analysis ranged from wait list to care-as-usual controls [24]. In a more recent meta-analysis of individual participant data by Karyotaki and colleagues [43], self-guided iCBT was more effective compared with controls for individu-

als with depressive symptoms. Control conditions included usual care, waiting list, or attention control [43]. Medium-to-large effect sizes in comparison with controls for unguided treatments were found in other conditions such as social anxiety disorder [15] or insomnia [87].

Overall, the current literature suggests that unguided interventions with no human support at any stage (including no initial intake interview) tend to be associated with high dropout rates, lower adherence [23], and also lower effects [12]. However, although Baumeister and colleagues [12] report a superiority of guided over unguided interventions, they also mention the lack of generalizability as the studies examined focused mainly on depression and social anxiety disorder.

Guided treatments. Several controlled trials and meta-analyses suggest that guided treatments can be as effective as face-to-face psychotherapy in common mental disorders such as depression and anxiety disorders [20; 62]. Furthermore, guided interventions are most likely not associated with higher dropout rates compared with regular face-to-face psychotherapy [81]. The intensity of guidance can vary. Often, therapist guidance is minimal, timesaving and provided by e-mail; therapists spend around 10–15 minutes per week per client [6]. Examples of guidance that fall into this category often include feedback on exercises completed by the client, clarification of content or advice and support. Other examples of guidance require more time on behalf of the therapist. One such example is a treatment protocol called Interapy [49]. Guided interventions have been efficacious in the treatment of anxiety disorders [54], depressive symptoms [41], body dysmorphic disorder, problematic alcohol use, and insomnia [34; 75; 83], showing large effect sizes in comparison with control groups.

A study by Titov and colleagues [76] suggests that guidance does not necessarily need to be provided by a trained therapist. In many studies with promising results, the guides were psychology students under supervision. A further line of research has investigated guidance in a group format [68]. This study compared clinician-guided iCBT with guided iCBT in a group format and a waitlist control group for the treatment of social anxiety disorder. At post-treatment, both active conditions showed superior outcomes regarding symptoms of social anxiety disorder in comparison with the waitlist. According to the study, the two active conditions did not differ significantly in symptom reduction, diagnostic response rate or attrition. However, the group format reduced weekly therapist time per client by 71% [68].

Blended treatments. Blended treatment refers to a combination of internet interventions with face-to-face therapy. According to Schuster and colleagues [69], the beginnings of blended therapy can be traced back to the late 1980s and early 1990s. Compared to the research on guided interventions, fewer studies have investigated the efficacy and effectiveness of blended interventions [16; 46; 51]. Some available studies show feasibility, positive trends or positive effects of blended treatment [16; 33; 47]. A systematic review by Erbe and colleagues

[32] emphasizes how there is still a lack of studies investigating the superiority of blended treatments compared to face-to-face treatment. At the same time, Erbe and colleagues [32] mention possible advantages of blended treatments: cost-effectiveness, increased effectiveness of treatment, improved transfer to everyday life, and increased utilization of effective treatment. According to Ruwaard and Kok [66], however, it should also be taken into account that blended therapy may also include the disadvantages of both online and face-to-face therapy.

According to Van der Vaart and colleagues [82], blended therapy is viewed positively by therapists and patients. Therapists in Austria found blended therapy to have fewer disadvantages than web-based treatment [70]. This was replicated in a newer study with therapists from Germany [71]. A further interesting aspect of the study of blended therapy is its cost-effectiveness compared with face-to-face therapy. According to a pilot randomized controlled trial by Kooistra and colleagues [48], blended CBT was not considered cost-effective from a societal perspective in comparison with face-to-face therapy but had an acceptable probability of being cost-effective from the health care provider perspective.

E-Mail, Chat and Videotherapy. There has been less research on these types of intervention than on other forms of internet intervention [14]. However, recent developments with COVID-19 have seen an increase specifically in the use of e-mail and videotherapy in various countries all over the world. For example, there has been specific media coverage of services such as betterhelp.com, which offer therapy via chat or video-chat.

With regard to research, there is a large depression trial on online therapy delivered in real-time via text chats [45]. This study, conducted with patients in a routine care setting, showed that this way of delivering CBT proved to be effective, with treatment benefits being maintained for over 8 months. The authors mention that this type of delivery via chat could broaden access to CBT for patients. Furthermore, individualized e-mail therapy has been compared with a guided self-help approach, both based on CBT, for individuals with major depression [84]. Results showed significant symptom reductions in both treatment groups with moderate-to-large effect sizes in comparison with a waiting list control group. Overall, these findings indicate that both guided self-help and individualized e-mail therapy can be effective.

With regard to the use of video-conferencing for the treatment of mental health problems, several studies have been conducted with a variety of mental health disorders [9; 11; 74]. A systematic review including 65 studies showed that psychotherapy via videoconferencing led to similar clinical outcomes as face-to-face psychotherapy for a variety of disorders [9]. A more recent review by Rees and Maclaine [59] concerning anxiety disorders proved that videoconferencing was a valuable treatment option with outcomes comparable to face-to-face treatment. Most of the studies in the review concerned the treatment of PTSD. The authors also mentioned a lack of studies concerning the treatment

of generalized anxiety disorder [59]. With regard to the treatment of depression, a systematic review by Berryhill and colleagues [17] showed that videoconferencing was also a valuable treatment option. Out of the 33 studies included in the systematic review, 21 studies reported statistically significant reductions in depressive symptoms after videoconferencing therapy.

Treatment content. Most evidence-based internet interventions are based on CBT [3]. However, there are also trials on internet interventions based on other therapeutic approaches. For example, Johansson and colleagues [40] examined the use of an online, guided psychodynamic self-help intervention for depression, which showed good treatment effects. Zwerenz and colleagues [89] also examined the effects of a psychodynamic web-based intervention to support return to work. This intervention showed favorable effects, however small effect sizes were observed.

Furthermore, Boettcher and colleagues [18] examined a stand-alone, unguided mindfulness intervention for anxiety disorders. In comparison to the control group (an online discussion forum), individuals in the intervention group showed a larger decrease of anxiety symptoms, depressive symptoms and insomnia. The effect sizes for the intervention group were large in comparison to the effect sizes in the control group, which were small to moderate effects [18].

Donker and colleagues [27] compared an internet-delivered interpersonal therapy treatment (IPT) with an internet-delivered cognitive behavioral therapy (CBT e-couch) and an internet-delivered CBT (Moodgym). Results showed that self-guided IPT was effective at reducing depressive symptoms. Finally, several studies have also been conducted on internet-delivered acceptance and commitment therapy [21; 26].

Studies have also shown that tailored and transdiagnostic treatments are valuable options for patients [56], and they have been used to provide treatment for patients with comorbidity [8]. Transdiagnostic interventions refer to interventions that target the core symptoms and underlying vulnerabilities of several disorders simultaneously [79]. Tailored interventions allow both the therapist and the patient to influence the protocol [53] and interventions can be tailored to, for example, patient characteristics [22].

Different settings. Many internet interventions recruited participants from the community (Internet; newspapers; forums). In recent years, more and more studies have been conducted in routine care settings [36; 37; 52; 77].

A recent review by Dülßen and colleagues [29] has outlined the current research on internet and mobile-based interventions in different healthcare settings with diagnosed patients. Studies with outpatients analyzed in this review show that internet interventions can be effective forms of treatment in routine practice, and that blended approaches might also be effective ways to combine online and face-to-face therapy [29]. The review also suggests that studies with inpatient samples are still scarce.

A few studies have looked at internet interventions during inpatient treatment [28; 90], however most studies on internet interventions with inpatient populations have been conducted as aftercare studies [39]. One study investigating blended therapy for inpatients during inpatient treatment was conducted by Zwerenz and colleagues [90]. This study provided Deprexis, an online self-help program, as an add-on to inpatient psychodynamic psychotherapy and compared the intervention group with an active control group that received weekly information on depression in addition to psychodynamic psychotherapy. After treatment, depressive symptoms were significantly lower in the intervention group as compared to the control group with a moderate between-group effect size of $d=0.44$ [90]. A further study by Dorow and colleagues [28] investigated the acceptance of MoodGym among inpatients with depression, showing moderate-to-high user acceptance.

Concerning aftercare of inpatient populations, a systematic review by Hennemann and colleagues [39], which investigated web or mobile-based aftercare (mainly after inpatient treatment), revealed small-to-medium effects with regard to symptom severity in comparison with control groups. As far as recurrence and rehospitalization are concerned, study results were not consistent with regard to positive effects of internet interventions [39].

Therapeutic Alliance. Therapeutic alliance in internet interventions has been a topic of interest, especially among therapists new to internet interventions. *Can a therapeutic relationship occur in internet interventions?* According to a narrative review by Berger [13], research on therapeutic alliance in internet interventions is available but still limited and several questions remain concerning the methods used to assess the construct in internet interventions. The review concludes that an alliance from a patient perspective can be established in internet interventions, independent of the delivery mode or a mode of communication [13]. Similarly, a systematic review by Pilahja and colleagues [57] showed that therapeutic alliance in iCBT for depression and anxiety disorders was high. Moreover, alliance appeared to be associated with clinical outcomes in the review, but a lack of available studies was mentioned as only 3 out of 6 studies described alliance–outcome relations. A more recent correlational meta-analysis by Probst, Berger and Flückiger [58] showed a moderate relationship between alliance and treatment outcome.

According to Berger [13], new measures for alliance in internet interventions that take into consideration the specificities of internet interventions need to be developed. Also, observer rated and therapist rated alliance ratings are lacking and more studies are needed to complement available research on client ratings of alliance [13].

Negative effects? Negative effects of internet interventions have been the content of several publications in the past years [19; 42; 64; 65]. A meta-analysis by Rozental and colleagues [65] found that deterioration rates among

treated participants were 5.8% and 17.4% amongst controls. In a meta-analysis by Karyotaki and colleagues [42] examining the harmful effects of self-guided internet interventions, 7.2% of participants showed clinically significant deterioration (5.8% in the intervention and 9.1% in the control groups). The types of control groups included in the meta-analysis by Karyotaki and colleagues [42] were wait list, treatment as usual, attention placebo and no treatment. Both of these meta-analyses showed that internet intervention participants displayed lower rates of negative outcomes than control participants. A further negative effect can be defined as non-response to treatment. According to Rozental and colleagues, this occurs amongst a quarter of all patients in iCBT [63].

It seems that therapists and other healthcare workers specifically have more reservations with regard to the implementation of internet interventions than patients. For example, a study investigating attitudes of inpatient healthcare workers showed that acceptance of e-health interventions for inpatient treatment was rather low [38]. A further study by Schröder and colleagues [67] discovered that psychotherapists had more negative attitudes toward internet interventions than clients. According to Andersson [2], there may also be country-specific differences in positivity towards internet interventions.

Lessons learned

Internet interventions have been studied for several decades, in treatment of a variety of mental disorders. A plethora of terms for internet interventions exist in the literature. This article aimed to describe different treatment formats, contents, and settings and to provide information on therapeutic alliance in internet interventions and their negative effects. In summary, what are the key findings described in this article that are relevant for practitioners, specifically with recently increased implementation of these interventions due to COVID-19?

1. Many internet interventions are efficacious and effective. However there are also many interventions available, for example, in app stores or on the Internet, that have not been tested in randomized controlled trials or equal methodologies. They are not evidence-based. This seems a necessary distinction.

2. Guided internet interventions seem to be superior to unguided treatments.

3. More research needs to be conducted on the potential superiority of blended treatment compared to face-to-face treatments. Health-care professionals seem to prefer blended options in comparison to stand-alone internet interventions.

4. Therapy via videoconference seems to be a valuable treatment option for a variety of mental health disorders.

5. Most evidence-based internet interventions are based on CBT, but other approaches seem to be effective as well.

6. Studies on the use and efficacy of internet interventions for inpatients are scarce in comparison to efforts with community samples and outpatient samples.

7. A therapeutic alliance can be developed in internet interventions, although new forms of assessment for the alliance are needed to meet the specificities of internet interventions.

8. Negative effects also occur with internet interventions and can take different forms.

Conclusion and Implications: Black swan in the wild west?

The last few decades have seen huge research efforts in the area of internet interventions in several countries all over the world. COVID-19 has now confronted us with a “black swan moment”, a potential turning point for e-mental health [85, p. 1]. This article has tried to highlight that it is essential that the currently implemented interventions are informed by research efforts. In order to avoid a wild west situation as described by Ruwaard & Kok [66], they should not be implemented blindly. According to several authors, internet interventions are not and should not be seen as a panacea [80].

Moreover, recent developments seem to provide a chance to further advance research in the domain of internet interventions. Interesting topics for prospective studies include the combination of internet interventions and face-to-face therapy (blended treatment), the efficacy of internet interventions with inpatient populations, mechanisms of change and barriers and facilitators of intervention implementation in less studied countries. Finally, new studies taking into account the specific experiences of patients and therapists using internet interventions during the COVID-19 pandemic will provide an interesting and important complement to the already active and dynamic field of internet interventions research.

REFERENCES

1. Andersson G. Internet interventions: past, present and future. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 12, pp. 181–188. DOI:10.1016/j.invent.2018.03.008
2. Andersson G. Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016. Vol. 12, pp. 157–179. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006

3. Andersson G., Carlbring P., Lindefors N. History and current status of ICBT. In Lindefors N., Andersson G. (eds.) *Guided internet-based treatments in psychiatry*. Cham, Switzerland: Springer, 2016, pp. 1—16.
4. Andersson G., Carlbring P., Titov N., et al. Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: A narrative umbrella review of recent meta-analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2019. Vol. 64 (7), pp. 465—470. DOI:10.1177/0706743719839381
5. Andersson G., Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2009. Vol. 38 (4), pp. 196—205. DOI:10.1080/16506070903318960
6. Andersson G., Cuijpers P., Carlbring P., et al. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 2014. Vol. 13 (3), pp. 288—295. DOI:10.1002/wps.20151
7. Andersson G., Hedman E. Effectiveness of guided internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 2013. Vol. 23 (3), pp. 140—148. DOI:10.1159/000354779
8. Andersson G., Titov N. Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 2014. Vol. 13 (1), pp. 4—11. DOI:10.1002/wps.20083
9. Backhaus A., Agha Z., Maglione M., et al. Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 2012. Vol. 9 (2), pp. 111—131. DOI:10.1037/a0027924
10. Barak A., Klein B., Proudfoot J.G. Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 2008. Vol. 38 (1), pp. 4—17. DOI:10.1007/s12160-009-9130-7
11. Bashshur R.L., Shannon G.W., Bashshur N., et al.. The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemed e-Health*, 2016. Vol. 22 (2), pp. 87—113. DOI:10.1089/tmj.2015.0206
12. Baumeister H., Reichler L., Munzinger M., et al. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — a systematic review. *Internet Interventions*, 2014. Vol. 1 (4), pp. 205—215. DOI:10.1016/j.invent.2014.08.003
13. Berger T. The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 2016. Vol. 27 (5), pp. 511—524. DOI:10.1080/10503307.2015.1119908
14. Berger T., Bur O., Krieger T. Internet-based psychotherapeutic interventions. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 2019. Vol. 69 (9—10), pp. 413—426. DOI:10.1055/a-0963-9055
15. Berger T., Caspar F., Richardson R., et al. Internet-based treatment of social phobia: a randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 2011. Vol. 49 (3), pp. 158—169. DOI:10.1016/j.brat.2010.12.007
16. Berger T., Krieger T., Sude K., et al. Evaluating an e-mental health program (“deprexis”) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 227, pp. 455—462. DOI:10.1016/j.jad.2017.11.021

17. Berryhill M.B., Culmer N., Williams N., et al. Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 2019. Vol. 25 (6), pp. 435—446. DOI:10.1089/tmj.2018.0058
18. Boettcher J., Åström V., Pahlsson D., et al. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behavior Therapy*, 2014. Vol. 45 (2), pp. 241—253. DOI:10.1016/j.beth.2013.11.003
19. Bystedt S., Rozental A., Andersson G., et al. Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2014. Vol. 43 (4), pp. 319—331. DOI:10.1080/16506073.2014.939593
20. Carlbring P., Andersson G., Cuijpers P., et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2018. Vol. 47 (1), pp. 1—18. DOI:10.1080/16506073.2017.1401115
21. Carlbring P., Hägglund M., Luthström A., et al. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2013. Vol. 148 (2—3), pp. 331—337. DOI:10.1016/j.jad.2012.12.020
22. Carlbring P., Maurin L., Törngren C., et al. Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2011. Vol. 49 (1), pp. 18—24. DOI:10.1016/j.brat.2010.10.002
23. Christensen H., Griffiths K.M., Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2009. Vol. 11. Available at: <https://www.jmir.org/2009/2/e13/> (Accessed 20.04.2020). DOI:10.2196/jmir.1194
24. Cuijpers P., Donker T., Johansson R., et al. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *PloS One*, 2011. Vol. 6 (6). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0021274> (Accessed 15.05.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0021274
25. Cuijpers P., Kleiboer A., Karyotaki E., et al. Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety*, 2017. Vol. 34 (7), pp. 596—602. DOI:10.1002/da.22641
26. Dahlin M., Andersson G., Magnusson K., et al. Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2016. Vol. 77, pp. 86—95. DOI:10.1016/j.brat.2015.12.007
27. Donker T., Bennett K., Bennett A., et al. Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2013. Vol. 15 (5). Available at: <https://www.jmir.org/2013/5/e82/> (Accessed 20.04.2020). DOI:10.2196/jmir.2307
28. Dorow M., Stein J., Foerster F., et al. Implementation of the internet-based self-management program “moodgym” in patients with depressive disorders in inpatient clinical settings — Patient and expert perspectives. *Psychiatrische Praxis*, 2018. Vol. 45 (5), pp. 256—262. DOI:10.1055/s-0043-117049
29. Dülsen P., Bednig E., Küchler A.M., et al. Digital interventions in adult mental healthcare settings: Recent evidence and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 2020. Vol 33 (4), pp. 422—431. DOI:10.1097/YCO.0000000000000614

30. Ebert D.D., Van Daele T., Nordgreen T. Internet- and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy, and potential for improving mental health. *European Psychologist*, 2018. Vol. 23 (2), pp. 167—187. DOI: 10.1027/1016-9040/a000318
31. El Alaoui S., Hedman E., Kaldo V., et al. Effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015. Vol. 83 (5), pp. 902—914. DOI:10.1037/a0039198
32. Erbe D., Eichert H.C., Riper H., et al. Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic review [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2017. Vol. 19 (9). Available at: <https://www.jmir.org/2017/9/e306/> (Accessed 05.04.2020). DOI:10.2196/jmir.6588
33. Fitzpatrick M., Nedeljkovic M., Abbott J.A., et al. “Blended” therapy: The development and pilot evaluation of an internet-facilitated cognitive behavioral intervention to supplement face-to-face therapy for hoarding disorder. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 12, pp. 16—25. DOI:10.1016/j.invent.2018.02.006
34. Gentile A.J., La Lima C., Flygare O., et al. Internet-based, therapist-guided, cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder with global eligibility for inclusion: an uncontrolled pilot study [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2019. Vol. 9 (3). Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e024693> (Accessed 15.05.2020). DOI:10.1136/bmjopen-2018-024693
35. Gilbody S., Littlewood E., Hewitt C., et al. Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): Large scale pragmatic randomised controlled trial [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2015. Vol. 351. Available at: <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h5627> (Accessed: 12.04.2020). DOI:10.1136/bmj.h5627
36. Hadjistavropoulos H.D., Nugent M.M., Dirkse D., et al. Implementation of internet-delivered cognitive behavior therapy within community mental health clinics: A process evaluation using the consolidated framework for implementation research [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2017. Vol. 17 (1). Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1496-7> (Accessed 20.05.2020). DOI:10.1186/s12888-017-1496-7
37. Hedman E., Ljótsson B., Kaldo V., et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 2014. Vol. 155, pp. 49—58. DOI:10.1016/j.jad.2013.10.023
38. Hennemann S., Beutel M.E., Zwerenz R. Ready for eHealth? Health professionals’ acceptance and adoption of eHealth interventions in inpatient routine care. *Journal of Health Communication*, 2017. Vol. 22 (3), pp. 274—284. DOI:10.1080/10810730.2017.1284286
39. Hennemann S., Farnsteiner S., Sander L. Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: a systematic review and recommendations for future research. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 14, pp. 1—17. DOI:10.1016/j.invent.2018.09.001
40. Johansson R., Ekbladh S., Hebert A., et al. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: A randomised controlled trial [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2012. Vol. 7. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0038021> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0038021

41. Karyotaki E., Ebert D., Donkin L., et al. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2018. Vol. 63, pp. 80—92. DOI:10.1016/j.cpr.2018.06.007
42. Karyotaki E., Kemmeren L., Riper H., et al. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2018. Vol. 48 (15), pp. 2456—2466. DOI:10.1017/S0033291718000648
43. Karyotaki E., Riper H., Twisk J., et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 2017. Vol. 74 (4), pp. 351—359. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.0044
44. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Praxisnachrichten, Coronavirus: Videosprechstunden unbegrenzt möglich [Elektronnyi resurs]. March 2020. Available at: https://www.kbv.de/html/1150_44943.php (Accessed 28.5.20).
45. Kessler D., Lewis G., Kaur S., et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 2009. Vol. 374 (9690), pp. 628—634. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61257-5
46. Kleiboer A., Smit J., Bosmans J., et al. European COMPARative effectiveness research on blended depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): Study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries [Elektronnyi resurs]. *Trials*, 2016. Vol. 17 (1). Available at: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1511-1> (Accessed 20.05.2020). DOI:10.1186/s13063-016-1511-1
47. Kooistra L.C., Ruwaard J., Wiersma J.E., et al. Development and initial evaluation of blended cognitive behavioural treatment for major depression in routine specialized mental health care. *Internet Interventions*, 2016. Vol. 4, pp. 61—71. DOI:10.1016/j.invent.2016.01.003
48. Kooistra L.C., Wiersma J.E., Ruwaard J., et al. Cost and effectiveness of blended versus standard cognitive behavioral therapy for outpatients with depression in routine specialized mental health care: Pilot randomized controlled trial [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2019. Vol. 21 (10). Available at: <https://www.jmir.org/2019/10/e14261/> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.2196/14261
49. Lange A., Rietdijk D., Hudcovicova M., et al. Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003. Vol. 71 (5), pp. 901—909. DOI:10.1037/0022-006X.71.5.901
50. Liu S., Yang L., Zhang C., et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 2020. Vol. 7 (4). DOI:10.1016/S2215-0366(20)30077-8
51. Ly K.H., Topocco N., Cederlund H., et al. Smartphone-supported versus full behavioural activation for depression: A randomised controlled trial [Elektronnyi resurs]. *PloS One*, 2015. Vol. 10 (5). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126559> (Accessed 10.04.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0126559
52. Nordgreen T., Gjestad R., Andersson G., et al. The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care

- setting: Effectiveness and implementation efforts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2018. Vol. 47 (1), pp. 62—75. DOI:10.1080/16506073.2017.1348389
53. Nordgren L.B., Hedman E., Etienne J., et al. Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2014. Vol. 59, pp. 1—11. DOI:10.1016/j.brat.2014.05.007
54. Olthuis J.V., Watt M.C., Bailey K. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults [Elektronnyi resurs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/full> (Accessed 21.05.2020). DOI:10.1002/14651858.CD011565.pub2
55. Ontario, Office of the Premier. Ontario expands virtual mental health services during COVID-19 [Elektronnyi resurs]. May 2020. Available at: <https://news.ontario.ca/opo/en/2020/05/ontario-expands-virtual-mental-health-services-during-covid-19.html> (Accessed 15.05.2020).
56. Päsärelu C.R., Andersson G., Bergman Nordgren L., et al. Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2017. Vol 46 (1), pp. 1—28. DOI:10.1080/16506073.2016.1231219
57. Pihlaja S., Stenberg J.H., Joutsenniemi K., et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders—a systematic review. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 11, pp. 1—10. DOI:10.1016/j.invent.2017.11.005
58. Probst G.H., Berger T., Flückiger C. The alliance-outcome relation in internet-based interventions for psychological disorders: A correlational meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *Verhaltenstherapie*, 2019. Available at: <https://www.karger.com/Article/FullText/503432> (Accessed 20.04.2020). DOI:10.1159/000503432
59. Rees C.S., Maclaine E. A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 2015. Vol. 50 (4), pp. 259—264. DOI:10.1111/ap.12122
60. Riper H., Blankers M., Hadiwijaya H., et al. Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: A meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2014. Vol. 9 (6). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0099912> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0099912
61. Ritterband L.M., Gonder-Frederick L.A., Cox D.J., et al. Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2003. Vol. 34 (5), pp. 527—534. DOI:10.1037/0735-7028.34.5.527
62. Romijn G., Batelaan N., Kok R., et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in open community versus clinical service recruitment: Meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2019. Vol. 21. Available at: <https://www.jmir.org/2019/4/e11706/> (Accessed 14.05.2020). DOI:10.2196/11706
63. Rozental A., Andersson G., Carlbring P. In the absence of effects: An individual patient data meta-analysis of non-response and its predictors in internet-based cognitive behavior therapy [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2019. Vol. 10.

- Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00589/full> (Accessed 15.04.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2019.00589
64. Rozental A., Boettcher J., Andersson G., et al. Negative effects of internet interventions: A qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2015. Vol. 44 (3), pp. 223—236. DOI: 10.1080/16506073.2015.1008033
 65. Rozental A., Magnusson K., Boettcher J., et al. For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2017. Vol. 85 (2), pp. 160—177. DOI:10.1037/ccp0000158
 66. Ruwaard J., Kok R. Wild West eHealth: Time to hold our horses? *European Health Psychologist*, 2015. Vol. 17 (1), pp. 45—49.
 67. Schröder J., Berger T., Meyer B., et al. Attitudes towards internet interventions among psychotherapists and individuals with mild to moderate depression symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 2017. Vol. 41 (5), pp. 745—756. DOI:10.1007/s10608-017-9850-0
 68. Schulz A., Stolz T., Vincent A., et al. A sorrow shared is a sorrow halved? A three-arm randomized controlled trial comparing internet-based clinician-guided individual versus group treatment for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2016. Vol. 84, pp. 14—26. DOI:10.1016/j.brat.2016.07.001
 69. Schuster R., Berger T., Laireiter A.R. Computer und Psychotherapie — geht das zusammen? *Psychotherapeut*, 2018. Vol. 63 (4), pp. 271—282. DOI:10.1007/s00278-017-0214-8
 70. Schuster R., Pokorny R., Berger T., et al. The advantages and disadvantages of online and blended therapy: Survey study amongst licensed psychotherapists in Austria [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2018. Vol. 20 (12). Available at: <https://www.jmir.org/2018/12/e11007/> (Accessed 15.04.2020). DOI:10.2196/11007
 71. Schuster R., Topocco N., Keller A., et al. Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals [Elektronnyi resurs]. *Internet Interventions*, 2020. Vol. 21. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782920300154> (Accessed 20.06.2020). DOI:10.1016/j.invent.2020.100326
 72. Scottish Government. Funding for digital mental health services [Elektronnyi resurs]. March 2020. Available at: <https://www.gov.scot/news/funding-for-digital-mental-health-services-1/> (Accessed on 15.05.2020).
 73. Smoktunowicz E., Barak A., Andersson G., et al. Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components [Elektronnyi resurs]. *Internet Interventions*, 2020. Vol. 21. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782920300130> (Accessed 01.05.2020). DOI:10.1016/j.invent.2020.100331
 74. Stubbings D.R., Rees C.S., Roberts L.D. Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2013. Vol. 15 (11). Available at: <https://www.jmir.org/2013/11/e258/> (Accessed 15.04.2020). DOI:10.2196/jmir.2564

75. Sundström C., Gajecki M., Johansson M. Guided and unguided internet-based treatment for problematic alcohol use — A randomized controlled pilot trial [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2016. Vol. 11 (7). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157817> (Accessed 15.05.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0157817
76. Titov N., Andrews G., Davies M. Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2010. Vol. 5 (6). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010939> (Accessed 20.04.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0010939
77. Titov N., Dear B., Nielssen O., et al. ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 13, pp. 108—115. DOI:10.1016/j.invent.2018.07.006
78. Titov N., Dear B.F., Johnston L., et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: Randomised controlled trial [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2013. Vol. 8 (7). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062873> (Accessed 10.04.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0062873
79. Titov N., Dear B.F., Johnston L., et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2012. Vol. 17 (3), pp. 237—260. DOI:10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11842
80. Titov N., Hadjistavropoulos H.D., Nielssen O., et al. From research to practice: Ten lessons in delivering digital mental health services [Elektronnyi resurs]. *Journal of Clinical Medicine*, 2019. Vol. 8 (8). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722769/> (Accessed 15.04.2020). DOI:10.3390/jcm8081239
81. Van Ballegeooijen W., Cuijpers P., Van Straten A., et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: A meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2014. Vol. 9 (7). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100674> (Accessed 25.04.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0100674
82. Van der Vaart R., Witting M., Riper H. Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: Content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2014. Vol. 14 (1). Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0355-z> (Accessed 10.04.2020). DOI:10.1186/s12888-014-0355-z
83. Van der Zweerde T., Lancee J., Slottje P., et al. Nurse-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2020. Vol. 89 (3), pp. 174—184. DOI:10.1159/000505600
84. Vernmark K., Lenndin J., Bj rehed J., et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 2010. Vol. 48 (5), pp. 368—376. DOI:10.1016/j.brat.2010.01.005
85. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., et al. The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health [Elektronnyi resurs]. *Internet interventions*, 2020. Vol. 20. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7222769/>

- nih.gov/pmc/articles/PMC7104190/ (Accessed 10.04.2020). DOI:10.1016/j.invent.2020.100317
86. World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Elektronnyi resurs]. March 2020. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (Accessed 20.04.2020).
 87. Zachariae R., Lyby M.S., Ritterband L.M., et al. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia — A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 2016. Vol. 30, pp. 1—10. DOI:10.1016/j.smr.2015.10.004
 88. Zhou X., Snoswell C.L., Harding L.E., et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 2020. Vol. 26 (4), pp. 377—379. DOI:10.1089/tmj.2020.0068
 89. Zwerenz R., Becker J., Gerzymisch K., et al. Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2017. Vol. 12 (5). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0176513> (Accessed 10.05.2020). DOI:10.1371/journal.pone.0176513
 90. Zwerenz R., Becker J., Knickenberg R.J., et al. Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapy: Efficacy of a new blended treatment approach. *Psychother Psychosom*, 2017. Vol. 86, pp. 341—350. DOI:10.1159/000481177

Information about the authors

Laura Luisa Bielinski, Doctoral Student, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4145-6253>, e-mail: laura.bielinski@psy.unibe.ch

Thomas Berger, PhD, Professor, Head of Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2432-7791>, e-mail: thomas.berger@psy.unibe.ch

Информация об авторах

Лаура Луиза Белински, магистр психологии, аспирантка, департамент клинической психологии и психотерапии, Бернский университет, Берн, Швейцария, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4145-6253>, e-mail: laura.bielinski@psy.unibe.ch

Томас Бергер, PhD, профессор, глава департамента клинической психологии и психотерапии, Бернский университет, Берн, Швейцария, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2432-7791>, e-mail: thomas.berger@psy.unibe.ch

Получена 30.06.2020

Received 30.06.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

ОНЛАЙН-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

О.М. ЩЕДРИНСКАЯ

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья имени
Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы
(ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7903-7580>,
e-mail: SedrinskayaOM@suhareva-center.mos.ru

М.А. БЕБЧУК

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья имени
Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы
(ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>,
e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru

В статье с опорой на отечественный и зарубежный опыт рассматриваются преимущества, ограничения и специфические этические риски консультирования посредством видеосвязи. В качестве наиболее частых этических дилемм онлайн-консультирования выделены такие сложности, как определение пригодности формата; действия в кризисных ситуациях; вопросы идентификации; адаптация методик; различия в этических и юридических стандартах разных регионов; обеспечение конфиденциальности и сохранение профессиональных отношений. Даны рекомендации и алгоритмы действий для предотвращения наиболее вероятных проблем организационного и этического характера. Приведен образец специфичного для онлайн-консультаций информированного согласия, которое позволяет обеспечить безопасность и защитить интересы обеих сторон, а также четко описывает ключевые особенности консультации в онлайн-режиме: технические и организационные аспекты, действия в кризисной ситуации, методы решения спорных ситуаций.

Ключевые слова: психологическое консультирование, онлайн-консультирование, профессиональная этика, этическая дилемма, информированное согласие.

Финансирование. Исследование проводилось на средства субсидии Департамента здравоохранения г. Москвы на выполнение государственного задания ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

Для цитаты: *Щедринская О.М., Бибчук М.А.* Онлайн-консультирование через призму профессиональной этики: проблемы и решения // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 84–99. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280306>

ONLINE COUNSELING THROUGH THE LENS OF PROFESSIONAL ETHICS: CHALLENGES AND SOLUTIONS

OLGA M. SHCHEDRINSKAYA

Sukhareva Scientific-practical Children's Mental Health Centre,
Moscow, Russia

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7903-7580>,

e-mail: SedrinskayaOM@suhareva-center.mos.ru

MARINA A. BEBCHUK

Sukhareva Scientific-practical Children's Mental Health Centre,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>,

e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru

The paper focuses on benefits, limitations, and ethical risks associated with online counseling yielded from domestic and international studies. We provide a detailed description of the most common online counseling ethical dilemmas, such as determining format suitability, taking action in crises, identification issues, method validity, regional differences in ethical and legal practices, confidentiality limitations, and establishing professional boundaries. A few options for ethical decision-making are offered, as well as advice on averting technical and ethical issues. We provide a specific version of informed consent for online counseling services, that helps ensure safety and protect both parties. It also describes the main aspects of online counseling, its technical and confidentiality limitations, crisis procedures, and ways to address potential conflicts.

Keywords: psychological counseling, online counseling, professional ethics, ethical dilemma, informed consent.

Funding. Subsidy of the Department of Health of Moscow for the implementation of the state task by Moscow State Budgetary Health Care Institution “Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva of Moscow Health Department”.

For citation: Shchedrinskaya O.M., Bebchuk M.A. Online Counseling Through the Lens of Professional Ethics: Challenges and Solutions. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 84—99. DOI: <https://doi.org/10.17759/psych.2020280306>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Международные исследования показывают, что применение видео-консультаций допустимо с разными категориями клиентов, при различных типах обращений и в рамках многих теоретических подходов или модальностей [10; 21]. Использование психотерапевтических воздействий через Интернет сопоставимо по эффективности с аналогичными воздействиями в классическом, очном формате [9]. Ряд авторов описывают недостатки и ограничения в применении интернет-консультирования, а именно: негативное, предвзятое отношение клиентов или психотерапевтов к работе онлайн [10]. Часть этих опасений связана со специфическими этическими или юридическими рисками — например, в литературе широко освещаются ограничения конфиденциальности при терапии, которая проходит онлайн [1]. Много внимания уделяется кризисным ситуациями и вопросам идентификации [1; 2].

Изучение ограничений и сложных моментов через призму профессиональной этики помогает рассматривать ситуации, в которых возможно более одного решения и требуется оценка достоинств или недостатков каждого выбора. Этические принципы универсальны, так как опираются на ключевые ценности профессионалов. Этические нормы психолога и психотерапевта строятся на таких идеях, как непричинение вреда клиенту, предоставление услуг в рамках профессиональной компетентности, ответственность перед клиентами и обществом за качество оказываемых услуг, сохранение конфиденциальности, уважение прав и свобод клиента, построение с ним отношений на базе доверия, порядочности и честности [2; 7; 8; 10; 17]. Один из возможных способов классифицировать этические особенности именно онлайн-консультирования описан В.Ю. Меньшиковым, который предлагает рассматривать данные вопросы дифференцированно: со стороны специалиста, клиента и общества в целом [2].

Описание проблемы

В условиях онлайн-консультирования целесообразно сделать акцент на следующих аспектах:

- определение степени пригодности формата для некоторых категорий обращений;
- сопровождение кризисных ситуаций и ситуаций, требующих вмешательства других специалистов;
- различия в этических и юридических стандартах разных регионов;
- особенности границ контакта в онлайн-консультировании (в том числе регулирование взаимодействия между сессиями и мера предьявления личности терапевта);
- адаптация методик (в том числе диагностических) для онлайн-консультирования;
- разделение ответственности между специалистом и клиентом за создание безопасных условий проведения сессии и эффективность процесса;
- вопросы идентификации;
- обсуждение и информирование клиентов о рисках онлайн-консультирования, ограничениях в конфиденциальности, правах и обязанностях сторон.

В каждом из выделенных направлений может возникнуть ситуация, в которой специалист сталкивается с конфликтом интересов или выбором из нескольких взаимоисключающих вариантов. Задача психолога — замечать этические дилеммы, принимать обдуманное решение и нести за них ответственность [7]. Многие международные психологические ассоциации предлагают опираться на специальные протоколы принятия решений в сложных ситуациях [14; 15]. Например, ассоциация клинических консультантов Британской Колумбии (BCACC) предлагает следующий алгоритм: идентифицировать всех, кто так или иначе имеет отношение к ситуации; описать суть этического конфликта/противоречия, собственное отношение к ситуации и все возможные варианты действий; оценить достоинства и недостатки каждого варианта; выбрать один из вариантов и сверить его с этическим кодексом и базовыми этическими принципами; реализовать свое решение; проанализировать результаты и продумать возможности предотвратить аналогичные ситуации в будущем [14].

Обсуждение подходов к решению

Ниже рассмотрим более детально возможные этические дилеммы и сложные ситуации, специфичные для онлайн-консультирования, а также меры профилактики и варианты решения уже возникших проблем.

Определение степени пригодности формата. Консультирующий в онлайн-формате специалист рано или поздно сталкивается с необходимостью определить меру пригодности данного формата работы для разных

категорий обращений и типов клиентов. Будет ли полезна клиенту или пациенту помощь в режиме видео-встреч? — этот вопрос может проявиться уже в момент записи на прием. К неочевидным категориям относятся дети и пожилых людей; лиц, имеющих некоторые заболевания ментальной сферы.

Уже в процессе работы этот же вопрос возникает в случаях, когда на начальном этапе не удалось оценить состояние клиента или при ухудшении состояния клиента относительно начала терапии с возникшим риском для жизни и здоровья. В.Ю. Меньшиков [2] описывает этическую дилемму, стоящую перед специалистом: что будет хуже для клиента (или общества в целом) — помощь, которая может быть оказана недостаточно качественно (когда у специалиста нет возможности полноценно оценить психический и эмоциональный статус клиента, а следовательно дать необходимые рекомендации), или ситуация неполучения помощи (если у клиента нет возможности оказаться на очном приеме в силу географических, эпидемиологических или иных причин).

Консультанту необходимо взвесить потенциальные риски и пользу для клиента в каждом из возможных вариантов. В случае предположений, что услуга может причинить вред и/или выходит за пределы компетентности специалиста, более этичными будут отказ в онлайн-консультации, прекращение работы, смена формата или специалиста [11; 16]. Для определения эффективности именно дистанционного формата работы консультанту необходимо иметь подходящие инструменты, например, опросники и анкеты. Для принятия решения полезно посмотреть на ситуацию, исходя из интересов сторон — как минимум, специалиста и клиента. В случае определения минимальной возрастной границы, с которой становится полезным участие детей в онлайн-формате, необходимо учитывать не только официальный возраст ребенка, но также совокупность личностных особенностей, коммуникативных навыков и уровня психического развития. В случае сомнений специалист и клиент могут договориться о пробном периоде, по итогам которого может быть принято решение относительно продуктивности сотрудничества. Специалист может принимать итоговое решение самостоятельно или с опорой на мнение коллег, супервизора и клиента. В конкретном вопросе определения пригодности онлайн-формата можно опереться на перечень противопоказаний [18]:

- актуальные суицидальные высказывания и построение планов;
- суицидальные попытки в анамнезе;
- запланированное клиентом убийство;
- опасные для жизни и здоровья клиента ситуации;
- состояние острого психоза;
- состояние под влиянием алкоголя или наркотических веществ.

Консультирование в режиме онлайн и кризисные ситуации. В ряде зарубежных исследований [12; 13] в качестве ключевых этических вопросов онлайн-консультирования описываются сложности, возникающие при работе с кризисными ситуациями, в частности когда у клиента есть высокий риск суицидальных действий. В онлайн-формате у специалиста существует меньше возможностей предпринять необходимые меры для сохранения жизни и здоровья клиента, особенно при нахождении в разных странах или регионах. Дополнительное значение имеют различия юридических норм и механизма работы экстренных служб в различных странах. Специалисту необходим четкий алгоритм сопровождения кризисной ситуации для каждого конкретного клиента. Например, в ряде стран Северной Америки до начала онлайн-сессий клиент в обязательном порядке предоставляет контактные данные доверенного человека, к которому консультант может обратиться, если случится кризисная ситуация [16; 18; 20]. В США и Канаде информация об алгоритме реагирования на угрозы нанесения вреда себе или другому человеку должна быть отражена в информированном согласии и обсуждена при первой встрече [11]. В случае возникновения суицидального риска алгоритм реагирования помогает специалисту обратиться за помощью к экстренным службам или к близкому человеку без опасности быть обвиненным в нарушении границ конфиденциальности или врачебной тайны.

Сложности онлайн-консультирования на территории разных стран. На стыке этических и юридических аспектов оказываются ситуации, когда при онлайн-консультировании клиент и психотерапевт могут находиться под разной юрисдикцией, а следовательно — не очевидно, чьи нормы и законы оказываются первичными. В разных странах существуют очень разные стандарты подготовки консультантов и оказания психологической помощи. Этот вопрос становится особенно актуальным в кризисных ситуациях. В целом, общей рекомендацией может быть ознакомление с местными стандартами и правилами, ведь «незнание не освобождает от ответственности» [13].

Границы терапевтического контакта при онлайн-консультировании. В отличие от классического, очного консультирования, для специалиста и клиента становится крайне актуальным четкий регламент взаимодействия вне встреч [18; 20]. Известно, что в ряде случаев клиенты выходят на связь и контактируют со специалистом между встречами, в том числе используя различные мессенджеры и электронную почту. Это может иметь негативное влияние на динамику психотерапии, особенно в супружеском или семейном консультировании, так как в результате у специалиста и члена семьи, выходящего на связь, формируется коалиция, или есть параллельный обмен информацией. Такие ситуации можно предотвратить, согласовав правила коммуникации. Дополнительно ре-

комендуем тщательно продумать свою политику поведения в социальных сетях. Профессиональные ассоциации психологов в США и Канаде рекомендуют внимательно следить за размещаемой в сети Интернет информацией, чтобы она не дискредитировала специалиста или профессию в целом. Помимо этого, профессиональные ассоциации советуют не смешивать личные и профессиональные контексты, не «добавлять в друзья» своих бывших или нынешних клиентов и минимизировать любое взаимодействие вне психотерапевтического сеанса [17].

Адаптация диагностических методик для онлайн-формата. В настоящий момент остро стоит вопрос адаптации к применению в онлайн-формате различных диагностических и коррекционных методик [20], так как малое количество методик было исследовано на предмет валидности при переносе из очного в онлайн-формат. Из этого следует, что специалисты не могут быть уверены в достоверности результатов. Аналогично вопросу об общей «пригодности» онлайн-формата для ряда категорий обращений, специалисту необходимо иметь алгоритм принятия решения — что будет более полезно или вредно для клиента: методика, которая может дать искаженные результаты, или отсутствие каких-либо данных?

Специфика организации рабочего пространства при онлайн-консультировании. Очные сессии обычно проходят в специально подготовленном помещении офисного типа. Чаще всего клиент приходит к специалисту в отдельный кабинет, где нет посторонних. Консультант может подготовиться к встрече — имеет под рукой необходимые материалы, подходящий интерьер, освещение, звукоизоляцию пространства. В совокупности это формирует ряд начальных условий, при которых и специалист, и клиент могут сфокусироваться на обсуждении важных вопросов. В онлайн-консультировании специалист и клиент имеют автономный выбор того, как и откуда они выйдут на связь. На практике оказывается, что клиенты начинают видеозвонок из кафе, общественного транспорта, находясь на улице или управляя автомобилем. Вокруг могут находиться посторонние люди, может быть шумно или темно. Такие обстоятельства могут нарушать конфиденциальность и безопасность процесса, а также определять уровень включенности в сессию обеих сторон.

Другими отвлекающими факторами при видеоконсультациях могут быть любые параллельные процессы, когда клиент продолжает решать бытовые вопросы (варить суп, говорить по телефону, играть с ребенком или домашним животным) или открывать другие приложения (например, почту) на своем электронном устройстве. С одной стороны, клиент обладает автономией и правом определять для себя подходящие условия для встречи, с другой стороны, у специалиста есть задача создать под-

ходящую среду для совместной продуктивной работы. Для большинства клиентов полезно описать условия, которые влияют на эффективность сессий, и мотивировать снижение количества отвлекающих факторов. Специалисту следует поднимать вопрос об организационных условиях в ситуациях, когда среда существенно влияет на качество контакта, глубину обсуждаемых тем или возможности применения тех или иных техник. В целом, клиентов можно предупредить о том, что оптимальным будет:

- выход на связь из тихого, уединенного места с хорошим освещением;
- выбор времени и условий, когда клиента минимально будут беспокоить другие люди или дела;
- выбор технического устройства, которое обеспечит качественные звук и видеоизображение (компьютер имеет преимущества относительно мобильного телефона);
- использование наушников, а не динамиков (для сохранения большего уровня конфиденциальности);
- выбор подходящей одежды — той, что подходит для встречи в социальном формате (например, не пижама);
- специальные способы подготовки к сессии — например, составление списка вопросов для обсуждения со специалистом или отчета о выполненном домашнем задании.

Формирование профессиональных отношений между терапевтом и клиентом при консультировании в онлайн-формате. Немаловажным условием для создания профессиональных отношений «психотерапевт—клиент» является правильная мера личного предъявления специалистом. В разных терапевтических школах допустима различная степень того, сколько и какой информации о консультировании может быть у клиента. В ситуации, когда специалист проводит онлайн сессии, находясь у себя дома, эта граница размывается, клиент имеет возможность видеть то, что находится за спиной у консультанта. Вид интерьера так же, как и внешний вид специалиста, могут влиять на терапевтические отношения. Задача специалиста — осознанно подходить к решению этих вопросов и готовиться к сессии с учетом этих факторов. При работе из дома у специалиста возникает необходимость четко разделять границы личное/профессиональное, чтобы обезопасить себя от смешения контекстов и минимизировать выгорание. В качестве универсальной рекомендации тем, кто проводит онлайн-сессии из домашних условий, предлагаем посмотреть на свою «картинку» глазами внешнего человека, отвечая, например, на следующие вопросы.

- Подходящий ли у меня за спиной фон? Достаточно ли он нейтрален? Есть ли на нем отвлекающие предметы или то, что может влиять на восприятие меня клиентом?

- Подходящее ли у меня освещение?
- Под каким углом я виден в камере? Какой эффект это может иметь на клиента?
- Какая форма одежды и аксессуаров поможет клиенту быть настроенным на работу и позволит сохранить деловой настрой?

Вопрос идентификации как один из рисков онлайн-консультирования. Важным аспектом в онлайн-консультациях являются вопросы идентификации [13], причем в обе стороны — проверить личность клиента и специалиста фактически нет возможности ни у одной из сторон. Клиент может встретиться с консультантом без соответствующего образования или опыта работы; специалист может оказаться в ситуации, что человек по другую сторону экрана несовершеннолетний или тот, кто не является законным представителем ребенка. В ряде стран эта сложность регулируется законами о телемедицине. В России действующее законодательство описывает ключевые положения для услуг именно медицинского характера, но не дает алгоритмов для психологической помощи. Тем не менее, консультанту необходимо ознакомиться с действующим законодательством [3; 4; 5; 6]. По совокупности причин, если это не было обговорено заранее, отказ включить свое видеоизображение может служить основанием для отказа в проведении сессии.

«Информированное согласие» — часть психологической услуги в онлайн-формате. То, что онлайн-консультирование имеет ограничения и риски, не в полной мере очевидно для клиентов, ранее не обращавшихся за психологической помощью в такой форме. Для того чтобы клиенты могли принять осознанное решение, подходит ли им онлайн-вариант, необходимо до начала сессий предоставить полную и исчерпывающую информацию. Например, ряд авторов и профессиональных ассоциаций [7; 8; 11; 12; 16; 17; 19] считают, что специалисту необходимо отразить в информированном согласии ограничения на уровне конфиденциальности, обозначить непригодность этой формы работы при определенных состояниях или личностных особенностях, сообщить о своем образовании и опыте работы. Не менее важным является предоставление клиенту информации о том, что онлайн-консультирование считается менее защищенным из-за передачи данных через электронные устройства, и не все приложения соответствуют требованиям по безопасной передаче данных [16; 18]. Вся информация о специфике консультирования в онлайн-формате должна быть описана простым и понятным для клиента языком [11]. Она должна быть доступна в письменном виде и дополнительно обговорена во время первой сессии в рамках заключения контракта на работу [18]. Существует несколько вариантов ознакомления клиентов с этой информацией, например, данные могут быть разме-

шены на сайте, присланы клиенту на электронную почту или озвучены диспетчером по телефону в момент записи. Суммарно, рекомендовано включить в информированное согласие следующие пункты [11], часть из которых уже были описаны выше:

- технические требования (качество связи, видео, приложения);
- организационные требования (камерное тихое пространство, отсутствие отвлекающих факторов и посторонних, внешний вид, готовность к работе, выполнение домашних заданий);
- ограничения в конфиденциальности;
- наличие четкой структуры сессий и домашних заданий;
- алгоритм действий для кризисной ситуации;
- границы процесса (частота, продолжительность встреч, отсутствие переписки между сессиями по любым вопросам, кроме переноса или отмены приема);
- альтернативные способы получения помощи;
- способ разрешения конфликтных ситуаций.

В приложении № 1 размещен образец информированного согласия для семейного психолога, оказывающего услуги в области онлайн-консультирования. Информированное согласие является важным инструментом, который помогает предотвратить заметное количество этических и юридических сложностей, и может быть рекомендовано всем без исключения специалистам и их клиентам.

Выводы

Организация онлайн-сессий становится важным навыком и неотъемлемым видом деятельности практического психолога. Для того чтобы этот формат работы соответствовал стандартам безопасности и качества, специалисту необходимо учитывать потенциальные организационные, этические и юридические сложности. Одним из способов предотвратить возникновение этих сложностей является использование информированного согласия, которое позволяет разграничить зоны ответственности между клиентом и специалистом, а также предоставить полноценную и исчерпывающую информацию о правилах организации сессий в режиме онлайн. Информированное согласие защищает интересы обеих сторон и способствует снижению рисков. Для решения сложных этических ситуаций рекомендуется применять алгоритм анализа этических дилемм, обращаться к этическому кодексу и обсуждать вопросы или сомнения с супервизором и коллегами.

ОБРАЗЕЦ

Информированное согласие на психологическое консультирование в формате видеосвязи (онлайн-консультирование)

Психологическое консультирование в формате видеосвязи — это возможность получить помощь и поддержку психолога через Интернет при помощи видеозвонка.

1. Наш взгляд на психотерапию

Сотрудники нашей организации работают, используя системный подход в семейной терапии. Мы верим, что для эффективного решения сложностей и проблем одного человека очень важно участие и помощь членов его семьи. Главный смысл психотерапии и психологического консультирования — улучшение самочувствия и качества жизни клиента. Психотерапия предполагает сотрудничество и партнерство между специалистом и клиентом.

2. Информация о квалификации и образовании терапевта

Сведения об основном и дополнительном образовании наших специалистов Вы можете получить на сайте организации (ссылка).

3. Конфиденциальность и ее границы для психологического консультирования в формате видеосвязи

По умолчанию, все психологические услуги являются конфиденциальными. Это значит, что без вашего разрешения (устного или письменного) любая информация, полученная в ходе наших встреч, не подлежит разглашению.

При этом существуют важные исключения (на базе соответствующих законов):

1) если взрослый или ребенок сообщает о намерении нанести вред себе или другим лицам (в том числе когда описываются суицидальные намерения или есть угроза убийства третьего лица);

2) если есть прямые или косвенные признаки жестокого обращения и/или насилия (физического, сексуального, эмоционального) по отношению к детям или другим лицам, являющимся уязвимыми — например, пожилым людям или людям с ментальной или физической инвалидностью;

3) если в период нашего взаимодействия или впоследствии поступит официальный запрос от правоохранительных органов на доступ к письменным материалам, описывающим ход консультаций;

4) у нас в организации принята практика регулярной профессиональной супервизии, когда некоторые случаи могут выноситься на обсуждение с супервизором с целью повышения качества оказываемых услуг.

В дистанционном взаимодействии существуют особые риски нарушения конфиденциальности. Для снижения этих рисков у нас действуют дополнительные следующие правила и ограничения.

- Наши специалисты осуществляют видеоконсультации только на самых защищенных версиях программ для видеосвязи — в профессиональных верси-

ях Skype и Zoom. Мы не считаем безопасным использовать другие мессенджеры или социальные сети.

- Специалист не сможет между сессиями обсуждать с Вами содержательные стороны терапии.

- И у специалиста, и у Вас должны быть включены и видеоизображение, и аудиоканал связи. При отсутствии видеоизображения специалист вправе отказать клиенту в проведении сессии.

- Ни одна из сторон не имеет права вести скрытую видео- или аудиозапись. При желании создать запись Вам следует спросить разрешение у специалиста. В случае, если специалист захочет сделать запись сессии с Вами, он также обязан получить Ваше согласие (в письменной форме).

4. Организационные вопросы консультирования

- Продолжительность сессии — 55—60 минут.
- Если по каким-либо причинам Вам необходимо перенести или отменить назначенную встречу, пожалуйста, предупредите об этом минимум за 24 часа.
- Случаи возникновения во время сессии непредвиденных технических сложностей обсуждаются в индивидуальном порядке.

5. Правила разрешения спорных/конфликтных ситуаций

У Вас есть право прекратить наши встречи без объяснения причин, попросить о паузе в занятиях или попросить специалиста рекомендовать Вам кого-то из коллег для продолжения работы. У Вас есть право задать специалисту любые вопросы или сообщить о дискомфорте. Кроме этого, Вы всегда можете устно или письменно обратиться в администрацию.

6. Альтернативные способы получения поддержки и помощи

Если между нашими сессиями у Вас возникнет потребность в экстренной психологической помощи, то Вы можете обратиться в следующие организации.

1. Единый «Телефон доверия» для детей и их родителей 8 (800) 200 01 22.
2. Телефон поддержки и доверия (для детей и родителей) Центра имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы: 8(495) 960 34 62.
3. Экстренная медико-психологическая помощь в кризисных ситуациях: 8 (499) 173 09 09.

Ваша подпись ниже обозначает, что Вы ознакомлены и согласны с описанными выше условиями сотрудничества.

Подпись клиента/тов

Подпись специалиста

Дата

ЛИТЕРАТУРА

1. Меновицков В.Ю. Психологическая помощь в сети интернет. М., 2007. 178 с.
2. Меновицков В.Ю. Этические вопросы консультирования онлайн // Культурно-историческая психология. 2010. № 3. С. 78—84.
3. Приказ № 965н от 30 ноября 2017 г. «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских

- технологий» [Электронный ресурс] // Министерство Здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=306114> (дата обращения: 18.08.2020).
4. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 18.08.2020).
 5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 18.08.2020).
 6. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (дата обращения: 18.08.2020).
 7. Этический кодекс психолога [Электронный ресурс] // Российское психологическое общество, 2012. URL: <http://psyus.ru/doc/ethics.pdf> (дата обращения: 10.06.2020).
 8. American Psychological Association Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Электронный ресурс] // American Psychological Association, 2017. URL: <https://www.apa.org/ethics/code/> (дата обращения: 10.06.2020).
 9. *Andersson G.* Internet interventions: past, present and future // *Internet Interventions*. 2018. Vol. 12. P. 181—188. DOI:10.1016/j.invent.2018.03.008
 10. *Andersson G., Titov N.* Advantages and limitations of Internet based interventions for common mental disorders // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 4—11. DOI:10.1002/wps.20083
 11. APA Guidelines for the Practice of Telepsychology [Электронный ресурс] // American Psychological Association (APA), 1997. URL: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology> (дата обращения: 10.06.2020).
 12. *Barnett J.E.* Online counseling: New entity, new challenges // *The Counseling Psychologist*. 2005. Vol. 33 (6). P. 872—880. DOI:10.1177/0011000005279961
 13. *Bolton J.* The ethical issues which must be addressed in online counselling [Электронный ресурс] // *ACR Journal*. 2017. Vol. 11 (1). URL: http://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-11-Issue-1-2017/Ethical_issues_in_Online_Counselling_1-15.pdf (дата обращения: 10.06.2020).
 14. British Columbia Association of Clinical Counsellors guideline for ethical decision making [Электронный ресурс] // British Columbia Association of Clinical Counsellors, 2008. <https://bc-counsellors.org/wp-content/uploads/2015/09/1BCACC-Guideline-Ethical-Decision-Making-2008.pdf> (дата обращения: 10.06.2020).
 15. Canadian Counselling and Psychotherapy Association Code of Ethics [Электронный ресурс] // Canadian Counselling and Psychotherapy Association (CCPA), 1999. URL: https://www.ccpa-accp.ca/wp-content/uploads/2014/10/CodeofEthics_en.pdf (дата обращения: 10.06.2020).
 16. *Childress C.A.* Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions [Электронный ресурс] // *Journal of Medical Internet Research*. 2000. Vol. 2 (1).

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761841/> (дата

обращения: 10.06.2020). DOI:10.2196/jmir.2.1.e5

17. International association of marriage and family counselors ethics code // Family Journal. 2018. Vol. 26 (1). P. 5—10. DOI:10.1177/1066480718756607
18. Kraus R. Ethical issues in online counseling // Online Counseling. 2nd ed. / R. Kraus, G. Stricker, C. Speyer (eds.). London: Elsevier, 2010. P. 85—106.
19. Poh L., Jaladin R.A.M., Abdullah H.S. Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2013. Vol. 103. P. 1243—1251. DOI:10.1016/j.sbspro.2013.10.453
20. New Zealand Psychologists guidelines: psychology services delivered via the internet and other electronic media [Электронный ресурс] // New Zealand Psychologists Board, 2011. URL: http://www.psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=141 (дата обращения: 10.06.2020).
21. Ruwaard J., Lange A., Schrieken B. et al. Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research // Studies in Health Technologies and Informatics. 2011. Vol. 167. P. 9—14.

REFERENCES

1. Menovshchikov V.Yu. Psikhologicheskaya pomoshch' v seti internet [Psychological help in the Internet]. Moscow, 2007. 178 p.
2. Menovshchikov V.Yu. Eticheskie voprosy konsul'tirovaniya onlain [Ethical issues of online-counseling]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2010, no. 3, pp. 78—84.
3. Prikaz N 965n ot 30 noyabrya 2017 g. "Ob utverzhdenii poryadka organizatsii i okazaniya meditsinskoi pomoshchi s primeneniem telemeditsinskih tekhnologii" [Decree No. 965n, dated November 30th 2017 "On establishing the order of organization and provision of medical aid with the use of telemedicine technologies] [Elektronnyi resurs]. Ministerstvo Zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=306114> (Accessed 18.08.2020).
4. Federal'nyi zakon "O personal'nykh dannykh" ot 27.07.2006 N 152-FZ [Federal law "On the personal data" dated 27.07.2006 No. 152-FZ] [Elektronnyi resurs]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (Accessed 18.08.2020).
5. Federal'nyi zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii" [Federal law dated November 21st 2011 No. 323-FZ "On the basics of health preservation in the citizens of the Russian Federation"] [Elektronnyi resurs]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Accessed 18.08.2020).
6. Federal'nyi zakon ot 29 iyulya 2017 g. N 242-FZ "O vnesenii izmenenii v otdel'nye zakonodatel'nye akty Rossiiskoi Federatsii po voprosam primeneniya informatsionnykh tekhnologii v sfere okhrany zdorov'ya" [Federal law dated July 29th 2017 No. 242-FZ "On the changes in individual legislative acts of the Russian Federation concerning the use of information technologies in the field of health preservation] [Elektronnyi resurs]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (Accessed 18.08.2020).

7. Eticheskii kodeks psikhologa [The ethical code of the psychologist] [Elektronnyi resurs]. Rossiiskoe psikhologicheskoe obshchestvo, 2012. Available at: <http://psyrus.ru/doc/ethics.pdf> (Accessed 10.06.2020).
8. American Psychological Association Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Elektronnyi resurs]. American Psychological Association, 2017. Available at: <https://www.apa.org/ethics/code/> (Accessed 10.06.2020).
9. Andersson G. Internet interventions: past, present and future. *Internet Interventions*, 2018. Vol. 12, pp. 181—188. DOI:10.1016/j.invent.2018.03.008
10. Andersson G., Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 2014. Vol. 13, pp. 4—11. DOI:10.1002/wps.20083
11. APA Guidelines for the Practice of Telepsychology [Elektronnyi resurs]. American Psychological Association (APA), 1997. Available at: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology> (Accessed 10.06.2020).
12. Barnett J.E. Online counseling: New entity, new challenges. *The Counseling Psychologist*, 2005. Vol. 33 (6), pp. 872—880. DOI:10.1177/0011000005279961
13. Bolton J. The ethical issues which must be addressed in online counselling. [Elektronnyi resurs]. *ACR Journal*, 2017. Vol. 11 (1). Available at: http://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-11-Issue-1-2017/Ethical_issues_in_Online_Counselling_1-15.pdf (Accessed 10.06.2020).
14. British Columbia Association of Clinical Counsellors guideline for ethical decision making [Elektronnyi resurs]. British Columbia Association of Clinical Counsellors, 2008. Available at: <https://bc-counsellors.org/wp-content/uploads/2015/09/1BCACC-Guideline-Ethical-Decision-Making-2008.pdf> (Accessed 10.06.2020).
15. Canadian Counselling and Psychotherapy Association Code of Ethics. [Elektronnyi resurs]. Canadian Counselling and Psychotherapy Association (CCPA), 1999. Available at: https://www.ccpa-accp.ca/wp-content/uploads/2014/10/CodeofEthics_en.pdf (Accessed 10.06.2020).
16. Childress C.A. Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions [Elektronnyi resurs]. *Journal of Medical Internet Research*, 2000. Vol. 2 (1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761841/> (Accessed 10.06.2020). DOI:10.2196/jmir.2.1.e5
17. International association of marriage and family counselors ethics code. *Family Journal*, 2018. Vol. 26 (1), pp. 5—10. DOI:10.1177/1066480718756607
18. Kraus R. Ethical issues in online counseling. In Kraus R., Stricker G., Speyer C. (eds.). *Online Counseling. 2nd ed.* London: Elsevier, 2010, pp. 85—106.
19. Poh L., Jaladin R.A.M., Abdullah H.S. Understanding the two sides of online counseling and their ethical and legal ramifications. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 2013. Vol. 103, pp. 1243—1251. DOI:10.1016/j.sbspro.2013.10.453
20. New Zealand Psychologists guidelines: psychology services delivered via the internet and other electronic media [Elektronnyi resurs]. New Zealand Psychologists Board, 2011. Available at: http://www.psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=141 (Accessed 10.06.2020).
21. Ruwaard J., Lange A., Schrieken B., et al. Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research. *Studies in Health Technologies and Informatics*, 2011. Vol. 167, pp. 9—14.

Информация об авторах

Щедринская Ольга Марковна, младший научный сотрудник, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7903-7580>, e-mail: SedrinskayaOM@suhareva-center.mos.ru

Бебчук Марина Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, директор, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>, e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru

Information about the authors

Olga M. Shchedrinskaya, Junior Researcher, Sukhareva Scientific-practical Children's Mental Health Centre, Moscow, Russia, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7903-7580>, e-mail: SedrinskayaOM@suhareva-center.mos.ru

Marina A. Bebchuk, PhD in Medicine, Associate Professor, Director, Sukhareva Scientific-practical Children's Mental Health Centre, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>, e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru

Получена 25.06.2020

Received 25.06.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

AMBIVALENT PROSPECTION: COVID-RELATED ATTITUDES IN PATIENTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE

OLGA D. TUCHINA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,

e-mail: shtuchina@gmail.com

TATIANA V. AGIBALOVA

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,

e-mail: agibalovatv@mail.ru

ALEXEY S. PANOV

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3367-5218>,

e-mail: groar@mail.ru

DMITRI I. SHUSTOV

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>,

e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

EVGENY A. BRYUN

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8366-9732>,

e-mail: evgenybryunrmapo@gmail.com

OLEG ZH. BUZIK

Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-8265-9274>,

e-mail: buzic58@bk.ru

CC BY-NC

The study explored associations between individual characteristics that are considered markers of suicidal and non-suicidal self-destruction (substance dependence; hopelessness, and impulsiveness), prospection (or future thinking), and attitudes to a novel coronavirus infection (COVID-19). After all inclusion/exclusion criteria were met, the sample (N=102) included two comparison groups: Group 1 comprised male in-patients diagnosed with substance dependence (N=62), and Group 2 consisted of males without this diagnosis (N=40). Methods: Beck's Hopelessness Scale; Barratt's Impulsiveness Scale (BIS-11); self-defining future projections (SDFP) generation task; COVID-19 self-report measure. Results: Groups had almost similar levels of declared COVID-related attitudes, but differed significantly in impulsiveness and hopelessness. SDFPs in Group 1 differed from those in Group 2 as to their phenomenological (shorter time perspective; more negative; less frequently simulated), content (higher frequency of Relationship and lower frequency of Achievement events), and psychological characteristics (lower Competence and Autonomy). Groups had different patterns of correlations between COVID-related and psychological parameters associated with self-destruction, as well as between all these parameters and SDFP characteristics. We also found evidence in favor of the hypothesis regarding protective function of prospection. Conclusions: We were able to confirm the association between dysfunctional COVID-related attitudes and individual characteristics that are frequently considered to be markers of non-suicidal self-destruction only partially. Nonetheless, the identified dissociation between declared COVID recognition and willingness to observe epidemiological precautions and actual neglect of those may require future study.

Keywords: COVID-19, self-destructive behavior, substance dependence, hopelessness, impulsiveness, prospection.

For citation: Tuchina O.D., Agibalova T.V., Panov A.S., Shustov D.I., Bryun E.A., Buzik O.Zh. Ambivalent Prospection: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 100–121. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280307>

АМБИВАЛЕНТНАЯ ПРОСПЕКЦИЯ: УСТАНОВКИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЭПИДЕМИИ COVID-19

О.Д. ТУЧИНА

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии

Департамента здравоохранения г. Москвы»

(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>,

e-mail: shtuchina@gmail.com

Т.В. АГИБАЛОВА

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы»
(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>,
e-mail: agibalovatv@mail.ru

А.С. ПАНОВ

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы»
(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3367-5218>,
e-mail: groar@mail.ru

Д.И. ШУСТОВ

Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России),
г. Рязань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>,
e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Е.А. БРЮН

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы»
(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8366-9732>,
e-mail: evgenybryunrmapo@gmail.com

О.Ж. БУЗИК

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения г. Москвы»
(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-8265-9274>,
e-mail: ozhbuzik@gmail.com

В статье представлены результаты исследования связей между личностными факторами аутоагрессии (зависимость от ПАВ, безнадежность и импульсивность), проспективным мышлением и установками в отношении коронавирусной инфекции (COVID-19). Выборка (после исключения испытуемых, не прошедших по критериям отбора) составила 102 человека: 62 мужчины с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от ПАВ (Группа 1) и 40 мужчин без такого диагноза (Группа 2). Методы: Шкала безнадежности Бека; Шкала импульсивности Барратта (BIS-11); методика оценки самоопределяющих проекций; анкета по COVID-19. Результаты: группы не отличались по установкам в отношении COVID-19, но значимо различались по импульсивности и безнадежности. Самоопределяющие проекции в Группе 1 отличались от Группы 2 по

феноменологии (более короткая временная перспектива, более негативные, реже генерируются), содержанию (большая частота событий, связанных с отношениями, и меньшая — с достижениями) и психологическим характеристикам (более низкая компетентность и автономия). В группах были выявлены различные паттерны корреляций между установками в отношении COVID-19, психологическими характеристиками и характеристиками самоопределяющих проекций. Получено частичное подтверждение гипотезы о том, что позитивные образы себя в будущем могли бы выступать в качестве ресурса преодоления безнадежности и коррекции несуицидальной аутоагрессии. Выводы: в исследовании частично подтвердилась связь между дисфункциональными установками в отношении COVID-19 и личностными факторами аутоагрессии. Однако обнаруженное расхождение между декларируемым пониманием опасности COVID-19 и готовностью соблюдать меры предосторожности и пренебрежением ими в реальности требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: COVID-19, аутоагрессия, зависимость от психоактивных веществ, безнадежность, импульсивность, проспективное мышление.

Для цитаты: *Tuchina O.D., Agibalova T.V., Panov A.S., Shustov D.I., Bryun E.A., Buzik O.Zh. Ambivalent Prospction: Covid-Related Attitudes in Patients with Substance Dependence // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 100—121. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280307>*

The spread of a novel infection caused by SARS-CoV-2 (COVID-19) resulted in a dramatic change in people's life style, global socioeconomic crisis, and deterioration of mental well-being in affected countries [2; 30]. People globally have been experiencing a whole range of negative emotions from lowered mood to hopelessness due to an exposure to isolation, financial challenges, close peoples' illness and deaths, fear of getting infected and dying. The near future will see an increase in the mental health services' workload as well as an upsurge in the rates of completed suicide and suicide attempts [15]. Furthermore, the number of the so called "deaths of despair" — i.e., mortality due to suicide and use of psychoactive substances among people facing a feeling of despair caused by uncertainty and gloominess of their future prospects [10] — is expected to grow. These deaths will add on COVID-related mortality, and, according to an average scenario, their number in the USA alone may exceed 68,000 cases [29].

In self-destruction research, the concept of despair is mirrored by the notion of "hopelessness", which is defined as a system of pessimistic expectations towards oneself and one's future [6]. Hopelessness is argued to be a key characteristic of self-destructive personality and lies at the core of various self-destruction models [6; 17], being a reliable predictor of suicidality on a continuum from suicidal ideations to completed suicide attempts [18; 31]. It also underlies non-suicidal self-destruction: self-injury without suicidal intent;

risky behaviors such as taking chances to catch fatal infections [14; 38]; and substance abuse [5], which some authors view as a latent, “chronic” suicide [21; 22]. From the cognitive psychology perspective, hopelessness in self-destructive people may stem from a deficit of prospection [33] and may imply lack of positive expectations and plans rather than predominance of negative images of the future [27; 28]. At the same time, hope and optimistic attitudes seem to be protective factors as far as suicide attempts are concerned [20].

Another concept that links the problem of self-destruction to prospection deficits is *anti-vital (or hamartic) life script*, i.e., an implicit image of one’s future life and its tragic final scene [7; 34]. From the cognitive perspective, a life script is a semantic scaffold that allows for generating episodic images of one’s own future within a framework of autobiographical narrative, and for performance of some mental processes that provide for future action [8; 35]. Unconscious, implicit semantic scripts can activate under stress and guide people’s behaviors restricting their cognitive, behavioral and emotional repertoire [9; 36]. It is this specifics of prospection in self-destructive people (i.e., a predominance of automatic implicit images of the future at the times of vulnerability) that enables them to implement their antivital script even without explicitly planning a suicide attempt (through an impulsive suicide or accidents) [34]. Thus, suicide attempters differ from ideators only in the levels of *premeditation* (impulsivity associated with a prospection deficit, i.e., a failure to anticipate consequences of one’s actions) rather than *urgency* (an urge to act under the influence of a strong emotion) [16]. It should also be mentioned that impulsiveness in general is viewed — together with hopelessness — as a marker of self-destruction [16].

Accounting for the aforesaid, we hypothesized that in the context of the current pandemic, there may be a certain category of people who would be unconsciously taking an opportunity to get infected with COVID-19 to actualize their impulse for self-destruction (as it happens in case of deliberate self-infection with human immunodeficiency virus) [23]), and would exhibit more risky behaviors in terms of COVID-19 than a less self-destructive population. This subpopulation would demonstrate more severe prospection deficits and challenges utilizing the resource of hope and positive future thinking. Assumingly, people with substance dependence who have specific prospection deficits associated with non-suicidal self-destruction as we argued elsewhere [4], could become the core of this subpopulation.

As an example, a 42-year-old recovering alcohol-dependent patient holding a degree in psychology; with a history of two suicides in the maternal family and her own suicide attempt through hanging under the influence of alcohol, reported an increasing frequency of fantasies that getting infected and hospitalized with COVID-19 would solve many issues for her (one of the authors of the article holds the case study and a permission for publication).

Therefore, the *goal* of the study was to assess associations between individual characteristics that are widely considered to be predictors of self-destruction (substance dependence, hopelessness, impulsiveness, prospection deficits) and COVID-related attitudes in people with substance dependence and general population.

We tested a *hypothesis* that dysfunctional COVID-related attitudes (denial of COVID-19, low willingness to use personal protection equipment (PPE), and change one's usual behaviors to comply with COVID-related restrictions) related to higher levels of hopelessness, impulsiveness, and prospection deficits. People with higher levels of these parameters, and a lack of specific and positive images of the future were hypothesized to demonstrate more risky COVID-related behaviors. We also tested a narrower hypothesis that personally important mental images of the future (self-defining future projections) [11] might be protective for risky health-related behaviors in the context of distress provided that they have certain features (positive emotional valence; longer time perspective; psychological need satisfaction).

Methods

Research program. The initial study covered 209 Russian-speaking respondents who were later divided into two groups: participants with a confirmed diagnosis of substance dependence (F10.2—F19.2) (N=83; 77 males and 6 females), and participants without this diagnosis (N=126; 44 males and 82 females). In order to avoid gender imbalance, the contrastive study described in this article included only men (N=121) aged 18—69, without mental comorbidities. All included participants gave an informed consent to the study. The study was approved by an ethical committee.

Due to the lockdown, the recruitment of participants in April 2020 had organizational differences in the community and clinical subsamples. The community subsample was recruited through targeted advertising in moderated professional groups (helping professionals and people who are interested in psychology) of a social network. The respondents received a link to an online form that included an informed consent form, a brief demographic survey, and task sections.

The clinical group was recruited among inpatients and outpatients of the Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Moscow Department of Public Health (MRPCN), and two private social rehabilitation centers. MRPCN patients filled in the paper-and-pencil forms in the same order of administration as the community subsample respondents. Rehabilitation center patients were invited to an online survey under a drug counselor's supervision (but without their interference or assistance) so as to ensure proper device use.

Only participants without comorbid mental disorders were included in the data analysis. In the community subsample, we controlled for that by asking straightforward questions about the diagnosis of a mental or substance use disorder, central nervous system or cognitive disorders, and administration of medications that might affect cognitive functioning. If the participants gave positive answers to all questions they were excluded from the study; if they endorsed one of the questions they were excluded from the intergroup comparison. As the community sub-

sample respondents were recruited through targeted advertising, we assumed that a straightforward answer to these questions would suffice for including/not-including respondents in the study. The criterion of truth for this assumption would be lack of marked signs of mental disorders in the participants' descriptions of the future events (formal thought disorders; delusional statements) and extremely high levels of psychopathology on the scales used [3; 6] in this group. Indeed, neither participant of the community sample was excluded from the study due to these reasons.

Psychiatric comorbidity in patients was confirmed by studying their medical records (as the possibility of personal contact and additional clinical diagnosis was limited due to the COVID-related restrictions). Furthermore, we excluded patients with organic comorbidities; amnesic syndrome; and with fewer than 10 days of abstinence, or full remission of substance dependence longer than 1.5 years.

Sample. When all inclusion/exclusion criteria were met, 2 comparison groups were shaped: Group 1 comprised male in-patients with substance dependence (N=62), and Group 2 consisted of male community controls (N=40). This sample size (N=102) provided for sufficient statistical power (80%) for assessing intergroup differences given an expected size effect of Cohen's $d=.5$, and two-side confidence interval of 95%.

The Groups differed in the level of education and relationship status but they had no differences as to their age and place of residence (Table 1).

Table 1

Sociodemographic Variables (N=102)

Variables		Group 1 N (%)	Group 2 N (%)	Intergroup differences*
Residence	City over 600K citizens	58 (93.5%)	34 (85%)	p=.184
	City less 600K citizens	4 (6.5%)	6 (15%)	
Education	Other	40 (64.5%)	3 (7.5%)	p=.000
	Higher	22 (35.5%)	37 (92.5%)	
Relationship status (romantic or marriage)	In relationship	26 (60.1%)	36 (90%)	p=.000
	Single	36 (58.1%)	4 (10%)	
Age	M (SD); 95% CI	39.9 (1.5) 37–42.8	38.8 (1.9); 35.1–42.6	t-test; t (100)=-.469; p=.64

Note. * — Fisher exact test unless specified otherwise

Methods. COVID-related variables were assessed by a survey consisting of 6 questions rated on a 7-point Likert scale. Each question corresponded to one variable:

1. *COVID Recognition*: “What is your attitude to the danger of getting infected with COVID-19?” (1 — It is not dangerous, as COVID does not exist; 7 — It is very dangerous).

2. *COVID-related stress*: “Has the level of perceived stress increased for you as a result of the COVID-19 pandemic?” (1 — Surely, it has not; 7 — Surely, it has).

3. *Fear of getting infected*: “Are you afraid of getting infected with COVID-19?” (1 — Not at all; 7 — Very afraid).

4. *Use of PPE*: “Will you use personal protection equipment because of COVID-19?” (1 — No, absolutely not; 7 — Yes, absolutely).

5. *The effect of fines on habitual actions*: “Will fines prevent you from your habitual actions?” (1 — No, absolutely not; 7 — Yes, absolutely).

6. *Self-isolation effect on habitual actions*: “Will self-isolation prevent you from your habitual actions?” (1 — No, absolutely not; 7 — Yes, absolutely).

A measure of *hopelessness* was a Russian-language version of Beck’s Hopelessness Scale [1; 6]. The participants expressed their agreement with 20 statements on a 4-point scale from 1 (definitely disagree) to 4 (definitely agree). The assessment was carried out according to both a two-factor (comprising two subscales of *hope* and *hopelessness*) model, which was tested by the author of the Russian version in a sample of adolescents and students, and a one-factor model, which viewed *hopelessness* as an integrated bipolar dimension. The assessment of the scale reliability in our sample showed satisfactory values of Chronbach’s alpha both for the two-factor (.68 — for the hope subscale; .84 — for the hopelessness subscale), and for a one-factor model — .76.

Impulsiveness was measured using the Barratt’s Impulsiveness Scale [BIS-11; 3], which proved to be reliable and valid in a Russian-speaking sample (Chronbach’s alpha in our study — .81). This self-report measure consisting of 30 questions can also have a multifactor structure. For the purposes of this study, we assessed a total score of impulsiveness and non-planning impulsiveness — one of the three second-order factors.

Prospection-related variables were measured in terms of fulfilling a self-defining future projection (SDFP) task [11]. SDFP is a future event that is highly important for one’s identity; frequently simulated in one’s imagination; and that reflects central themes or conflicts in a person’s life [11]. The participants got acquainted with SDFP’s definition and typed such an event that could plausibly happen to them in the future. The participants were invited to indicate the time to this event (temporal distance) and to assess its characteristics on a 7-point Likert scale (from the least intensive/positive level to the most intensive/positive). In this way, we measured two groups of variables:

(1) *SDFP’s phenomenological characteristics* — vividness, emotional valence (positive/negative), importance for identity, simulation frequency;

(2) *Basic psychological needs satisfaction* [32].

According to the self-determination theory [32], people have three universal innate needs: for *autonomy* (a striving to be a fully-fledged agent of one's actions and regulate one's behaviors independently), *competence* (the need for self-efficacy; mastering things and achieving success), and *relatedness* (the need for interpersonal relationships; striving to care for others and to be cared for). The satisfaction of these needs underlies people's intrinsic motivation, and in future thinking it depends on the type of a goal set: in case of concordant goals (satisfying the self's aspirations), SDFPs satisfy all the three needs, whereas in case of nonconcordant goals (forced upon or external ones, like following COVID-related restrictions) SDFPs tend to thwart autonomy and competence [12]. In order to measure need satisfaction in SDFPs, we invited the participants to assess their agreement with the following statements, "In this future event, I feel free to do things and to think how I want" (*autonomy*); "In this future event, I feel connected to one or more people" (*relatedness*); "In this future event, I feel skilled and capable" (*competence*) [12, p. 36].

Although psychological research finds the use of multiple-item measures more appropriate, single-item measures remain a widespread alternative applied for measuring simple and intuitively clear psychological constructs in organizational and clinical practice, including measures of depression, anxiety and stress [37]. Hence our study implied a time-consuming procedure of imagining and writing a personally relevant future event and filling in two multiple-item measures, certain variables were measured as single items for pragmatic purposes according to a standard procedure of SDFP assessment [11].

In order to improve sensitivity of single-item measures (including COVID-related ones), we employed scales with a sufficient number of items (1 to 7).

SDFP's thematic content went through expert assessment: one of the authors and two independent experts (PhDs in Psychology briefly trained for SDFP rating, and blinded as to all participants' data but SDFP texts, and each other's and the third expert's identity and ratings) rated 35% of SDFPs (N=70) using Thorne & McLean's [39] guideline for processing and coding autobiographical narratives. As the experts' agreement was quite satisfactory (Cohen's kappa exceeded .74 for each pair of experts at every comparison with $p < .001$), we used the author's ratings for processing.

Statistical methods. Most distributions deviated from normal as confirmed by histogram analysis and normality tests, or had other limitations for the use of parametric analysis. Therefore, we used nonparametric methods and provided median (Med) values; Quartiles (Q) 1 and 3 as descriptive statistics. Mean values (M) and standard deviations (SD) are provided for informative purposes. In order to test differences in independent samples, the Mann-Whitney U-Test was used for quantitative data; Chi square (χ^2); Yates' Chi square, and Fisher exact test — for nominal data. In case of multiple comparisons, the adopted significance level ($p < .05$) was corrected accordingly. Correlational analysis relied on Spearman's rank correlation coefficient.

Results

1. *Measuring COVID-related variables.* Contrary to our hypothesis that Group 1 would report more dysfunctional COVID-related attitudes (i.e., lower COVID-19 recognition, lower willingness to use PPE and change one's behaviors under restrictions), there were no significant intergroup differences in these measures (Table 2). Nevertheless, Group 1 had a statistically insignificant tendency for higher fear of getting infected and COVID-related stress.

Table 2
COVID-Related Variables in Two Groups

Variables	Group 1 (N=62)				Group 2 (N=40)				Mann-Whitney U-Test	
	M	SD	Med	Q1– Q3	M	SD	Med	Q1– Q3	U	p
COVID recognition	4.8	.2	5	4–6	4.8	.3	5	4–6	1130	.5
COVID-related stress	4.1	.3	4	3–6	3.4	.3	3	2–5	979	.07
Fear of getting infected	4.1	.3	4	2–6	3.4	.3	4	2–5	985.5	.07
PPE use	5.7	.2	6	5–7	5.4	.3	6	5–7	1121.5	.4
Fines effect	4.8	.3	5.5	3–7	5.1	.3	6	4–6	1169.5	.6
Self-isolation effect	4.6	.3	5	3–6	4.9	.3	5	4–6	1166	.6

2. *Measuring individual characteristics associated with self-destructive behaviors.* We confirmed our hypothesis that Group 1 would show an increase in markers of non-suicidal self-destructive behaviors, i.e., hopelessness in both models, total score of impulsiveness and non-planning impulsiveness (Table 3). The levels of hope did not differ.

3. *SDFP characteristics.* Four people (2 in each Group) failed to generate SDFPs. 14.3% (N=14) of respondents failed to indicate temporal distance: 15% (n=9) of Group 1 and 13.2% (n=5) of Group 2. A shorter time perspective, lower positivity of SDFPs and thwarted need for autonomy in Group 1 confirmed the hypothesis on aversive changes in prospection in Group 1 as compared to Group 2. Other phenomenological characteristics of SDFPs (vividness and episodic simulation frequency) and need for competence satisfaction were also lower in Group 1 but differences failed to reach statistical significance (Table 4).

SDFP thematic content distribution differed significantly (Table 5): $\chi^2(6)=17.3$, $p=.008$, given the level of $p<.01$ adjusted for multiple comparison.

Pairwise comparisons showed that the difference resulted mostly from prevalence of SDFPs about Relationships (meeting family or friends after treat-

Table 3

Hopelessness and Impulsiveness

Variables	Group 1 (N=62)				Group 2 (N=40)				Mann— Whitney U-Test	
	M	SD	Med	Q1— Q3	M	SD	Med	Q1— Q3	U	p
Hope (2-factor model)	3.2	.06	3.1	2.9— 3.5	3.3	.07	3.3	3—3.6	1026.5	.14
Hopelessness (2-factor model)	2.1	.07	2	1.6— 2.6	1.6	.06	1.6	1.3— 1.8	608.5	.000
Hopelessness (1-factor model)	1.97	.06	1.95	1.7— 2.4	1.7	.06	1.7	1.4— 1.9	733	.001
Impulsiveness	68.8	1.4	66.5	61.7— 78	61.1	1.4	59.5	54.3— 67	734.5	.001
Non-planning impulsiveness	25.3	.7	25	21.8— 28.3	22.9	.7	22	19.3— 25.8	903.5	.02

Table 4

SDFP Formal, Phenomenological, and Psychological Characteristics

Variables	Group 1 (N=60)				Group 2 (N=38)				Mann— Whitney U-Test	
	M	SD	Med	Q1— Q3	M	SD	Med	Q1— Q3	U	p
Temporal distance (months)	6.62	1.35	2	1—12	25.5	6.69	12	6—24	414	.000
Emotional valence	5.43	.25	6	5—7	6.32	.21	7	6—7	854.5	.024
Vividness	5.33	.22	5.5	4—7	5.76	.23	6	5—7	992.5	.27
Importance for identity	6.22	.18	7	6—7	6.21	.2	7	5.75— 7	1098.5	.73
Simulation frequency	4.72	.26	5	3—6.75	5.48	.27	6	5—7	900	.07
Autonomy	5.05	.24	5	4—7	5.92	.21	6	5—7	868.5	.04
Relatedness	5.73	.23	7	5—7	6.13	.22	7	5—7	1034.5	.393
Competence	5.23	.24	6	4—7	5.87	.25	6.5	5.75— 7	911.5	.08

Table 5

SDFP Content in Groups

Variables		Group 1 (N=60)		Group 2 (N=38)		Intergroup difference
		N	%	N	%	p*
Thematic content	Life-threatening event	8	13.3	1	2.6	.15
	Recreation/Exploration	4	6.7	5	13.2	.19
	Relationship	24	40	5	13.2	.01
	Achievement	22	36.7	26	68.4	$\chi^2(1)= 5.8; .017$
	Shame/Guilt	0	0	1	2.6	.39
	Substance use	1	1.7	0	0	1
	Unclassified	1	1.7	0	0	1
COVID-related projection		8	13.3	2	5.3	.31

Note. * — Chi square value (degree of freedom) is indicated where appropriate unless the Fisher exact test was used for assessment.

ment, restoring relationships, helping parents or children etc.) in Group 1, and prevalence of Achievement events (opening one’s business, getting a degree, fulfilling one’s dream) in Group 2.

Although Life Threatening Events (one’s own or relatives’ death/illness/injury) were reported by 13.3% of Group 1 participants (cf. 2.6% in Group 2), this difference failed to be significant. Being twice as much as typical frequency of 5% identified earlier [11], it may still have clinical value. Interestingly, COVID-related SDFPs were also more frequent in Group 1, although the difference was insignificant.

4. Correlational Analysis Results. Table 6 provides findings of the correlational analysis between COVID-related variables, hopelessness and impulsivity.

Correlations between SDFP measures and COVID-related variables were not identified for Group 2. In Group 1, SDFP’s importance for identity correlated with PPE use ($r=.32; p=.01$), readiness to change behaviors under the threat of fines ($r=.34; p=.008$) and self-isolation ($r=.43; p=.001$). Recreation/Exploration events had a weak significant negative correlation with self-isolation effects ($r=-.25; p=.05$), and, vice versa, Achievement events correlated positively with self-isolation ($r=.25; p=.05$) and fines effects ($r=.34; p=.009$).

As to the associations between SDFP variables and psychological variables related to self-destruction, the Groups had a number of differences in correlational patterns (Table 7). In Group 1, phenomenological characteristics had more frequent and stronger associations with impulsiveness, and in Group 2 — with hopelessness.

Table 6

Correlations between COVID-related and Psychological Parameters

Variables	Group 1						Group 2					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1. COVID recognition	1						1					
2. COVID-related stress	.44***	1					.48**	1				
3. Fear of getting infected	.57***	.5***	1				.63***	.71***	1			
4. Use of PPE	.26*	.2	.22 ^t	1			.62***	.37*	.55***	1		
5. Fines effect	.3*	.3**	.09	.38**	1		.2	.08	.14	.16	1	
6. Self-isolation effect	.33*	.27*	.13	.35**	.74***	1	.4*	.25	.3 ^t	.43**	.58***	1
7. Hope (2-factor)	-.1	-.17	-.28*	.18	.2	.02	-.02	-.3 ^t	-.28 ^t	.1	-.05	-.04
8. Hopelessness (2-factor)	.29*	.31*	.35**	-.03	-.34**	-.14	-.06	.36*	.2	-.17	.04	.02
9. Hopelessness (1-factor)	.29*	.3*	.37**	-.08	-.32*	-.1	.001	.37*	.26	-.15	.08	.02
10. Impulsiveness	-.04	-.07	-.1	-.33**	-.26*	-.28*	-.001	.18	.06	-.14	.05	-.07
11. Nonplanning impulsiveness	-.06	-.03	-.02	-.23 ^t	-.16	-.1	-.02	.2	.06	.006	-.02	-.1

Note. * — $p < .05$; ** — $p < .01$; *** — $p < .001$; t — trend to significance, $.05 < p < .1$. Correlations that are absent in a comparison group are marked in grey.

Table 7
 Correlations between SDFP and Psychological Characteristics

Variables	Group 1					Group 2				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Hope (2-factor)	1					1				
2. Hopelessness (2-factor)	-.45***	1				-.68***	1			
3. Hopelessness (1-factor)	-.75***	.9***	1			-.9***	.9***	1		
4. Impulsiveness	-.25*	.41**	.42**	1		-.38*	.55***	.46**	1	
5. Non-planning impulsiveness	-.31*	.18	.25 ^t	.77***	1	-.37*	.45**	.4*	.83***	1
6. Temporal distance (months)	.23	-.19	-.2	.22	.12	.06	.16	.09	.41*	.25
7. Emotional valence	.25 ^t	-.17	-.22 ^t	-.005	.03	.1	.001	-.1	.04	-.17
8. Vividness	.35**	-.2	-.27*	-.34**	-.26*	.24	-.42**	-.39*	-.16	-.2
9. Importance for identity	.18	-.1	-.15	-.29*	-.32**	.48**	-.51**	-.57***	-.17	-.15
10. Simulation frequency	.31*	-.02	-.17	-.28*	-.31*	.26	-.23	-.3 ^t	-.09	-.15
11. Autonomy	.15	-.1	-.13	.1	.03	.35*	-.29 ^t	-.38*	-.03	-.06
12. Relatedness	.2	-.46***	-.43**	-.09	.04	.25	-.24	-.3 ^t	-.18	-.2
13. Competence	.29*	-.27*	-.33*	-.24 ^t	-.2	.45*	-.28 ^t	-.42*	-.2	-.2
14. Relationship	.22	-.33**	-.35**	-.34**	-.16	-.2	.08	.1	.27	.25
15. Achievement	-.04	.27*	.24 ^t	.06	-.06	.1	-.2	-.2	-.23	-.2
16. Life threatening event	-.31*	.2	.27*	.4**	.22 ^t	-.28	-.15	.16	-.25	-.2

Note. * — $p < .05$; ** — $p < .01$; *** — $p < .001$; t — trend to significance, $.05 < p < .1$. Correlations that are absent in a comparison group are marked in grey.

Discussion

In this study we were pursuing two key issues: (1) do people with markers of self-destruction, such as substance dependence, hopelessness, impulsiveness, and specific deficits of prospection, really exhibit more risky COVID-related behaviors; and (2) could personally-important images of the future be protective factors in terms of risky health-related behaviors? Therefore, we compared a community male sample and a clinical sample of substance-dependent men who represent a specific risk group in terms of getting infected with COVID-19 and ill coping with consequences of COVID-related life style changes [40]. We came across some interesting findings.

Firstly, we found no expected differences between the groups in declared COVID-related attitudes: both tended to recognize the threat of COVID, and expressed readiness to use PPE and change their behaviors under restrictions. The groups tended to differ in the levels of fear of getting infected and perceived COVID-related stress, which were higher in Group 1. Dependent respondents' higher stress levels correlated with more expressed willingness to observe restrictions. At the same time, associations between COVID-recognition and COVID-related behaviors (PPE use and changing life style under self-isolation) were weaker in Group 1, and significant positive correlations between the key parameter of functional COVID-related behavior — PPE use — and COVID-related stress and fear were present in Group 2 alone.

Secondly, we found evidence in favor of dependent patients' vulnerability to impulsive risky behaviors (which are qualified as non-suicidal self-destruction) as impulsiveness and hopelessness (a reliable marker of self-destruction) were significantly higher in Group 1 (Table 3), with the positive correlation between these parameters found in both groups (Table 7). Willingness to use PPE was associated with impulsiveness (but not hopelessness) in Group 1 alone (Table 6). Furthermore, impulsiveness correlated neither with fear of getting infected, nor with COVID recognition, nor with COVID-related stress. Therefore, it could hardly be considered situationally driven, in contrast to hopelessness, which had positive associations with stress in both groups; with COVID-recognition and fear of being infected in Group 1 alone.

When interpreting the above data, one needs to account for the study time and venue: despite the declared willingness to use PPE and change their habitual life style to comply with epidemiological recommendations amidst the upsurge in COVID rates (April 2020), Group 1 participants' status quo — being hospitalized after acute intoxication with psychoactive substances — implied an increased risk of getting infected with the disease that they had reported to have a fear of. That is, in contrast to the healthy population, neither COVID recognition, nor fear of infection, nor perceived COVID-related stress facilitated functional behaviors or precluded substance misuse (Table 6); perhaps, they

actually reinforced the latter as a dysfunctional coping strategy [2; 13]. A confirmation of this assumption is found in a simultaneous existence of a positive correlation between hopelessness and COVID recognition and a negative one with willingness to change habitual behaviors under the threat of fines, i.e., although hopeless dependent patients experienced high COVID-related anxiety, fines failed to preclude their habitual activities, including buying and using substances [40], whereas constitutionally high level of impulsiveness might have contributed to the neglect of the recommended precautions and triggered risky behaviors shaped as substance misuse.

Although we failed to fully confirm our hypothesis that people with substance dependence would have marked dysfunctional COVID-related attitudes, the identified phenomenon of perceived experience of COVID's threat and fear of getting infected, reported willingness to observe epidemiological concerns and actual neglect of those may be of special interest. There may be different interpretations of this phenomenon.

Firstly, it may relate to addictive ambivalence or addictive dissociation [24; 25], when the Addict self, which is striving for self-destruction, is positive about the risk of getting infected, while the Normative self observes the precautions. It is this struggle between subpersonalities that may cause indefinite anxiety, agitation, and mild depressive symptoms. In our findings, this struggle was mirrored, for example, by almost complete lack of future events (N=1) that described substance use straightforwardly, and a simultaneous registration of SDFPs qualified either as Life threats or Recreation/Exploration events that could plausibly include substance use ("going to the country house with friends... having barbecue"; "a noisy feast... fighting"). Furthermore, Recreation events had a negative association with willingness to change one's habitual behaviors because of self-isolation.

Secondly, the Addict self can be viewed as a carrier of automatic antivital scripts — maladaptive prospective schemata — whose implementation is facilitated by substance use or becomes possible in a stressful context given lack of more positive and explicit future thinking [4].

Indeed, we found significant differences between SDFPs in dependent and healthy participants. For example, Group 1 SDFPs had shorter time perspective, more negative valence, and were simulated less frequently. These findings comply with multiple studies on prospection deficits in substance dependence [26]. Group 1 SDFPs enjoyed less Autonomy and Competence need satisfaction than in Group 2. Group 1 was also more concerned about relational issues and life-threatening events and less interested in achievement (the existing achievement events focused on professional failures rather than future success). In contrast to Group 2, SDFPs' fuller phenomenological experience and positive valence weren't related to a decrease in hopelessness. These findings evidence that dependent patients have a significantly hindered access to adaptive

images of the future that they could use for making decisions, including health-related ones, and that could facilitate actual (rather than declared) compliance with COVID-related precautions.

Correlations between impulsiveness parameters (including non-planning impulsiveness) and phenomenological and psychological characteristics found almost *only* in Group 1 provide indirect evidence to the above findings and highlight dependent patients' vulnerability to unpredicted and unplanned impulsive actions related to prospection deficits. Moreover, in some (in our clinical experience, more infrequent) cases, the negative outcome can come into awareness and occupy a special place in long-term predictions of one's personal future. The following patient's SDFP is illustrative of this internal preparedness for the tragic script, "*A relapse* (auth. — time distance is unknown). *I am recovering, observing all the 4 wheels of recovery, enjoying personal growth, trying hard, but here [I] start sliding down slowly to the old life style without noticing this and relapse. I derail all the work I have done, everything that other people — residents, counselors, relatives and close people, the sponsor and just people from the community — have invested in me. [I] face consequences — a loss of trust as a minimum, perhaps relationships, finances, time, health, and, if I am lucky enough, I enter the rehab again. The worst thing in my understanding is simply to lose one's mind, for good. [I] will be salivating and wetting my bed. This can't be called life*".

At the same time, in both groups, we found partial evidence in favor of a narrower hypothesis that personally important mental images of the future might be protective factors in relation to dysfunctional health-related attitudes reflecting the self-destructive predisposition of their owners. Although we found no relationship between SDFP characteristics and COVID-related variables in Group 2, there were negative associations between SDFP phenomenological and psychological need parameters and hopelessness, and positive ones with hope (Table 7). It is worth emphasizing significant correlations with the need for autonomy satisfaction, which lies at the core of human mental well-being [32], and their lack in Group 1. There may be an indirect association between prospection and COVID-related parameters which is mediated by significant relations between a less deficient capacity for prospection (as shown by the comparison) and hopelessness.

One of the most clinically significant findings of our study is identification of positive associations between prospection variables and COVID-related behaviors in Group 1. That is, SDFPs' sufficient importance for identity contributed at least to the declared willingness to use PPE and observe restrictions. We also found out negative correlations between hopelessness, Relationship events and satisfaction of the need for relationship, and negative associations between impulsivity and some SDFP phenomenological parameters in dependent patients. These associations indicate specific targets of psychotherapy that relate to working on the problems of dependent patients' dysfunctional relationships

(both retrospectively and prospectively), that some authors believe to be at the core of therapy of addictions [19]. In this sense, the focus on the relationship component in the future simulation tasks included in therapy interventions aiming at nurturing recovery intentions and motivation for supportive treatment, and creating adaptive attitudes to one's own future, may hypothetically exert a positive effect on impulsivity and hopelessness. This assumption needs additional empirical verification.

Limitations. The design of an online study implies a number of limitations, including those related to reliability of information obtained and potential lack of representativeness of the community sample. Convenience sampling allows for extrapolation of this study findings onto narrower cohorts of substance-dependent people and people without substance dependence who come from or are interested in helping professions. Furthermore, the results might be influenced by differences in the materials administration in the community and clinical samples (filling in paper-and-pencil rather than online forms). On the other hand, anonymity and targeted advertising could reduce risks of intentionally wrong answers and allowed for recruiting the necessary number of people with and without confirmed diagnosis of substance dependence. Another limitation of the study was use of single-item measures when studying SDFPs and COVID-related measures that we attempted to mitigate using 7-point scales.

Conclusions

We were able to confirm the hypothesis about the association between dysfunctional COVID-related attitudes and individual characteristics that are frequently considered to be markers of non-suicidal self-destruction only partially. Nonetheless, the identified dissociation between declared recognition of COVID-19 and willingness to observe epidemiological recommendations and actual neglect of those may be of a special research interest and complies with contemporary theoretical understanding of non-suicidal self-destructive behaviors and the role of prospection in them. We also found evidence for the protective effect of SDFPs in a frustrating context.

REFERENCES

1. Gorbakow A.A. Shkala nadezhdy i beznadezhnosti dlya podrostkov: nekotorye aspekty validnosti [Hope and hopelessness scale for adolescents: some aspects of validity]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2002. Vol. 7 (3), pp. 89—103.
2. Enikolopov S.N., Kaz'mina O.Yu., Vorontsova O.Yu., et al. Dinamika psikhologicheskikh reaktzii na nachal'nom etape pandemii COVID-19 [Elektronnyy

- resurs] [Evolution of psychological responses in the beginning of COVID-19 pandemic]. *Psikhologicheskaya gazeta = The Psychological Newsletter*, 2020. Available at: <https://psy.su/feed/8182/> (Accessed 08.06.2020).
3. Enikolopov S.N., Medvedeva T.I. Aprobatsiya russkoyazychnoi versii metodiki "shkala impul'sivnosti Barratta" (BIS-11) [Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiya i pravo = Psychology and Law*, 2015. Vol. 5 (3), pp. 75—89. DOI:10.17759/psylaw.2015050307. (In Russ., abstr. in Engl.).
 4. Tuchina O.D., Shustov D.I., Agibalova T.V., et al. Deficits of prospective capacity as possible mechanism in pathogenesis of alcohol dependence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019. Vol. 27 (1), pp. 79—101. DOI:10.17759/cpp.2019270106. (In Russ., abstr. in Engl.).
 5. Baines L., Jones A., Christiansen P. Hopelessness and alcohol use: The mediating role of drinking motives and outcome expectancies. *Addictive Behaviors Reports*, 2016. Vol. 4, pp. 65—69. DOI:10.1016/j.abrep.2016.11.001
 6. Beck A.T., Weissman A., Lester D., et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974. Vol. 42 (6), pp. 861—865. DOI:10.1037/h0037562
 7. Berne E. What do you say after you say Hello? New York: Grove Press, 1972. 457 p.
 8. Bohn A. Generational differences in cultural life scripts and life story memories of younger and older adults. *Applied Cognitive Psychology*, 2010. Vol. 24 (9), pp. 1324—1345. DOI:10.1002/acp.1641
 9. Brown S.L., Lipka S., Coyne S.M., et al. Implicit alcohol-aggression scripts and alcohol-related aggression on a laboratory task in 11- to 14-year-old adolescents. *Aggressive Behavior*, 2011. Vol. 37 (5), pp. 430—439. DOI:10.1002/ab.20400
 10. Case A., Deaton A. Mortality and morbidity in the 21st century. *Brookings Papers on Economic Activity*, 2017. Vol. (1), pp. 397—476. DOI:10.1353/eca.2017.0005
 11. D'Argembeau A., Lardi C., van der Linden M. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*, 2012. Vol. 20 (2), pp. 110—120. DOI:10.1080/09658211.2011.647697
 12. Ernst A., Philippe F.L., D'Argembeau A. Wanting or having to: The role of goal self-concordance in episodic future thinking. *Consciousness and Cognition*, 2018. Vol. 66, pp. 26—39. DOI:10.1016/j.concog.2018.10.004
 13. Gritsenko V., Skugarevsky O., Konstantinov V., et al. COVID 19 Fear, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian university students [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00330-z> (Accessed 07.06.2020). DOI:10.1007/s11469-020-00330-z
 14. Kagan S., Deardorff J., McCright J., et al. Hopelessness and sexual risk behavior among adolescent African American males in a low-income urban community. *American Journal of Men's Health*, 2012. Vol. 6 (5), pp. 395—399. DOI:10.1177/1557988312439407
 15. Kawohl W., Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*, 2020. Vol. 7 (5), pp. 389—390. DOI:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
 16. Klonsky E.D., May A. Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2010. Vol. 40 (6), pp. 612—619. DOI:10.1521/suli.2010.40.6.612

17. Klonsky E.D., May A. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-Action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2015. Vol. 8, pp. 114—129. DOI:10.1521/ijct.2015.8.2.114
18. Large M., Smith G., Sharma S., et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011. Vol. 124 (1), pp. 18—29. DOI:10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x
19. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment. New York: Basic Books, 1984. 304 p.
20. Luo X., Wang Q., Wang X., et al. Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: A cross sectional study [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2016. Vol. 16 (252). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955123/> (Accessed 05.06.2020). DOI:10.1186/s12888-016-0960-0
21. Makhija N., Sher L. Childhood abuse, adult alcohol use disorders and suicidal behavior. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2007. Vol. 100 (5), pp. 305—309. DOI:10.1093/qjmed/hcm024
22. Menninger K.A. Man against himself. New York: Harcourt, Brace, 1938. 485 p.
23. Moskowitz D.A., Roloff M.E. The ultimate high: Sexual addiction and the bug chasing phenomenon. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2007. Vol. 14 (1), pp. 21—40. DOI:10.1080/10720160601150121
24. Nakken C. The addictive personality: Understanding the addictive process and compulsive behavior. Center City, MN: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
25. Najavits L.M. Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford Press, 2002. 401 p.
26. Noël X., Jaafari N., Bechara A. Addictive behaviors: Why and how impaired mental time matters? *Progress in Brain Research*, 2017. Vol. 235, pp. 219—237. DOI:10.1016/bs.pbr.2017.07.011
27. O’Connor R.C., Fraser L., Whyte M.-C., et al. A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders*, 2008. Vol. 110 (3), pp. 207—214. DOI:10.1016/j.jad.2008.01.008
28. O’Connor R.C., Smyth R., Williams J.M.G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015. Vol. 83 (1), pp. 169—176. DOI:10.1037/a0037846
29. Petterson S., Westfall J.M., Miller B.F. Projected deaths of despair during the coronavirus recession [Elektronnyi resurs]. Well Being Trust, 2020. URL: https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf (Accessed 08.06.2020).
30. Qiu J., Shen B., Zhao M., et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations [Elektronnyi resurs]. *General Psychiatry*, 2020. Vol. 33. Available at: <https://gpsych.bmj.com/content/33/2/e100213> (Accessed 10.06.2020). DOI:10.1136/gpsych-2020-100213
31. Ribeiro J.D., Huang X., Fox K.R., et al. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*, 2018. Vol. 212 (5), pp. 279—286. DOI:10.1192/bjp.2018.27

32. Ryan R.M., Deci E.L. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 2000. Vol. 25, pp. 64–67. DOI:10.1006/ceps.1999.1020
33. Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar K.K. Episodic future thinking: Mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2017. Vol. 17, pp. 41–50. DOI:10.1016/j.cobeha.2017.06.002
34. Shustov D.I., Tuchina O., Lester D. The social relationships of suicidal individuals: A neglected issue. In Lester D. (ed.) *The end of suicidology: Can we ever understand suicide?* New York: Nova Science Publishers, 2019, pp. 127–135.
35. Singer J.A., Blagov P., Berryet M., et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 2013. Vol. 81 (6), pp. 569–582. DOI:10.1111/jopy.12005
36. Singer J.A., Singer B.F., Berry M. A meaning-based intervention for addiction: Using narrative therapy and mindfulness to treat alcohol abuse. In Hicks J.A., Routledge C. (eds.) *The Experience of Meaning in Life*. Dordrecht, Netherlands: Springer, 2013, pp. 379–391. DOI:10.1007/978-94-007-6527-6_28
37. Skoogh J., Ylitalo N., Larsson Omer v P., et al. “A no means no” — measuring depression using a single-item question versus Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). *Annals of Oncology*, 2010. Vol. 21 (9), pp. 1905–1909. DOI:10.1093/annonc/mdq058
38. Steeg S., Haigh M., Webb R.T., et al. The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of Affective Disorders*, 2016. Vol. 190, pp. 522–528. DOI:10.1016/j.jad.2015.09.050
39. Thorne A., McLean K. Manual for coding events in self-defining memories [Elektronnyi resurs]. University of California, Santa Cruz, 2001. Available at: http://www.selfdefiningmemories.com/Thorne___McLean_SDM_Scoring_Manual.pdf (Accessed 01.06.2020).
40. Volkow N.D. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics [Elektronnyi resurs]. *Annals of Internal Medicine*. 2020. Available at: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1212> (Accessed 07.07.2020). DOI:10.7326/M20-1212

Information about the authors

Olga D. Tuchina, Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Tatiana V. Agibalova, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Alexey S. Panov, Resident Doctor, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3367-5218>, e-mail: groar@mail.ru

Dmitri I. Shustov, Doctor of Medicine, Professor, Head of Psychiatry Department, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>; e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Evgeny A. Bryun, Doctor of Medicine, Professor, President of Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8366-9732>; e-mail: evgenybryunmapo@gmail.com

Oleg Zh. Buzik, Doctor of Medicine, Associate Professor, Deputy Director for Research, Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-8265-9274>, e-mail: buzic58@bk.ru

Информация об авторах

Тучина Ольга Дмитриевна, научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0683-9080>, e-mail: shtuchina@gmail.com

Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1903-5265>, e-mail: agibalovatv@mail.ru

Панов Алексей Сергеевич, врач-ординатор, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3367-5218>, e-mail: groar@mail.ru

Шустов Дмитрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0989-6598>, e-mail: dmitri_shustov@mail.ru

Брюн Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, президент, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-9732>, e-mail: evgenybryunmapo@gmail.com

Бузик Олег Жанович, доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «МНЦП наркологии ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-8265-9274>, e-mail: ozhbuzik@gmail.com

Получена 11.05.2020

Received 11.05.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.В. КАЛАНТАРОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ)

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>,
e-mail: kalantarovamv@mgppu.ru

Л.Б. ЗАВАЛИЙ

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>,
e-mail: zavaliy@sklif.mos.ru

Е.В. БОРИСНИК

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ)

Научно-исследовательский институт скорой помощи
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,
e-mail: borisonikev@mgppu.ru

М.И. СУБОТИЧ

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,
e-mail: psysklif@gmail.com

А.В. ГРЕЧКО

Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (ФГБНУ «ФНКЦ РР»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4133-9708>,
e-mail: fnkrr@fnkrr.ru

И.Г. ЩЕЛКУНОВА

Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (ФГБНУ «ФНКЦ РР»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5417>,
e-mail: selenagrey1@mail.ru

С.С. ПЕТРИКОВ

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>,
e-mail: patrikovss@sklif.mos.ru

Очаговые поражения головного мозга приводят к когнитивным нарушениям, которые в достаточной степени ограничивают функциональные возможности человека, что, в свою очередь, может привести к вторичным расстройствам эмоционально-личностной сферы и к социальной дезадаптации. Необходимость включения когнитивной реабилитации в систему методов комплексного лечения пациентов с очаговыми поражениями мозга является общепризнанной. В статье описаны методы нейрореабилитации, основанные на высоких технологиях, обозначено их место в общем реабилитационном процессе. Приведены данные отечественных и зарубежных исследований об эффективности применения цифровых технологий в когнитивной реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга.

Ключевые слова: инсульт, черепно-мозговая травма, очаговые поражения головного мозга, когнитивные нарушения, нейрокогнитивный дефект, когнитивная реабилитация, неинвазивная стимуляция головного мозга, реабилитационная робототехника, виртуальная реальность, телереабилитация.

Для цитаты: Калантарова М.В., Завалий Л.Б., Борисоник Е.В., Суботич М.И., Гречко А.В., Шелкунова И.Г., Петриков С.С. Цифровые технологии в когнитивной реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 122—141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280308>

DIGITAL TECHNOLOGIES IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH FOCAL BRAIN INJURY

MARINA V. KALANTAROVA

Moscow State University of Psychology & Education,
Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>,
e-mail: kalantarovamv@mgppu.ru

LESYA B. ZAVALIY

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>,
e-mail: zavaliylb@sklif.mos.ru

EVGENIA V. BORISONIK

Moscow State University of Psychology & Education,
Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>,
e-mail: borisonikev@mppu.ru

MARIA I. SUBOTICH

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,
e-mail: psysklif@gmail.com

ANDREY V. GRECHKO

Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine
and Rehabilitology, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4133-9708>,
e-mail: fnkcrr@fnkcrr.ru

INESSA G. SHCHELKUNOVA

Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine
and Rehabilitology, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5417>,
e-mail: selenagrey1@mail.ru

SERGEY S. PETRIKOV

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>,

e-mail: patrikovss@sklif.mos.ru

Focal damage of the brain leads to cognitive impairments, which sufficiently limit the person's functional capabilities, which, in turn, can lead to secondary disorders of the emotional and personal sphere and social maladjustment. The need to include cognitive rehabilitation in the system of complex treatment methods for patients with focal brain lesions is generally recognized. The article describes methods of neurorehabilitation based on high technologies and indicates their place in the general rehabilitation process. Data yielded by domestic and foreign studies on the effectiveness of digital technologies in the cognitive rehabilitation of patients with focal brain lesions is presented.

Keywords: stroke, traumatic brain injury, focal brain lesions, cognitive impairment, neurocognitive defect, cognitive rehabilitation, non-invasive brain stimulation, rehabilitation robotics, virtual reality, telerehabilitation.

For citation: Kalantarova M.V., Zavaliiy L.B., Borisonik E.V., Subotich M.I., Grechko A.V., Shchelkunova I.G., Petrikov S.S. Digital Technologies in Rehabilitation of Patients with Focal Brain Injury. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 122–141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280308>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Одной из ведущих проблем современного здравоохранения является восстановление пациентов с очаговыми поражениями головного мозга (ОПГМ), основными причинами которых остаются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [17] и черепно-мозговые травмы (ЧМТ) [9]. К значимым последствиям ОПГМ среди прочих симптомов относятся нарушения когнитивных функций (КФ). Известно, что в течение первого года после ОНМК частота когнитивных нарушений (КН) может достигать 80–90% [12], а после ЧМТ — 70–100% [9].

Когнитивная реабилитация (КР) — научно обоснованная система методов, направленных на улучшение и восстановление познавательных процессов, нарушенных вследствие болезни. Улучшение КФ также способствует повышению осведомленности о дефиците, связанном с ОПГМ, улучшению настроения, повышению мотивации к выздоровлению и снижению вероятности вторичных нарушений [23; 24].

Задачи КР при ОПГМ определяются рядом параметров, в первую очередь, этапом реабилитации, характером и локализацией поражения головного мозга, возрастом пациента и его социальным статусом [3].

Традиционно в КР выделяют два основных подхода: путем стимулирующего (побуждающего) воздействия и путем формирования компенсаторных стратегий.

В реабилитационные программы пациентов с ОПГМ все активнее включаются цифровые технологии, которые используются на всех этапах КР и применяются для широкого спектра реабилитационных задач [3; 12; 15; 16].

Когнитивная реабилитация в рамках подхода стимулирующего воздействия

Методы данной группы направлены на активацию дефицитарной функции и предотвращение дальнейшего снижения ее продуктивности. Можно выделить три типа вмешательства: фармакологический (лекарственные средства, применяемые с целью стимуляции умственной деятельности), аппаратный (стимуляция головного мозга электрическим или магнитным стимулом) и психолого-педагогический (обучающие тренинги).

Аппаратное и фармакологическое вмешательства предполагают воздействие на процессы нейропластичности. Нейропластичность — способность клеток нервной системы к функциональному изменению за счет не задействованных ранее связей [4], которая после ОПГМ может носить как адаптивный, так и дезадаптивный характер. Медикаментозные и аппаратные методы применяют с целью стимуляции долговременной синаптической пластичности и снижения гипервозбудимости коры ГМ.

В российских исследованиях продемонстрировано, что назначение различных препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга, способствует восстановлению КФ и улучшению эмоционального состояния у пациентов с ОПГМ [1; 2; 8]. Данные по использованию ноотропов (лекарственных средств, нацеленных на нормализацию нервно-мышечной и центральной холинергической передачи сигналов) неоднозначны. Крупные клинические исследования сообщают, что положительный эффект во многих случаях статистически незначим, чаще проявляется на уровне тенденции [26], что обуславливает необходимость дополнительного изучения вопроса. В настоящее время не существует клинических рекомендаций по применению метаболической терапии у пациентов с ОПГМ, поэтому при принятии решения по ее использованию необходимо соотносить риск и пользу [6].

Помимо метаболической терапии, для изменения нейронной активности используют методы неинвазивной (без проникновения внутрь черепной коробки) стимуляции мозга. К наиболее распространенным методам этой группы в КР относятся транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и транскраниальная электростимуляция (ТЭС), где воздействие на нейронную активность осуществляется при помощи магнитного или электрического импульса.

Ряд исследований малых групп и описаний отдельных случаев демонстрируют положительный эффект неинвазивной стимуляции мозга

на отдельные параметры нарушенной КФ [39]. Тогда как рандомизированные контролируемые исследования даже на небольших выборках не демонстрируют убедительного эффекта использования неинвазивной стимуляции в КР при ОПГМ. Авторы допускают, что на результаты могут влиять размер выборки и неоднородность группы пациентов [30].

Согласно результатам обзора публикаций на платформах пяти исследований баз данных (*MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, SCOPUS* и *Web of Science*), применение ТМС может быть эффективным терапевтическим вмешательством в отношении многих проявлений ОПГМ, включая депрессию, головокружение, болевую симптоматику и зрительное игнорирование. В то же время убедительных данных об эффективности применения ТМС в КР обнаружить не удалось [36]. Согласно проведенному И.В. Сидякиной с соавторами анализу исследований, представленных в базе данных *PubMed* [16], уровень доказательности методов ТМС при коррекции КФ варьирует от 3 (описание клинических случаев и данные ретроспективных исследований) до 2а (данные хотя бы одного качественного контролируемого исследования без рандомизации). Однако интерес к этим методам только растет.

Многочисленные исследования доказывают необходимость индивидуального подхода при использовании методов неинвазивной стимуляции с учетом локализации и типа поражения, а также картины нейрокогнитивного дефекта [35; 42]. Также обсуждается необходимость интеграции методов неинвазивной стимуляции в комплексные программы КР и применения этих методов под контролем ЭЭГ [46].

Психолого-педагогические методы стимулирующего (побуждающего) воздействия апеллируют к возможности изменить мозговую активность путем прямого или косвенного повышения функциональной нагрузки на дефицитарный психический процесс.

В реабилитации пациентов с ОПГМ распространены постуральные тренировки на стабилотренинге с визуальной обратной связью. Тренажер включает в себя монитор и платформу, регистрирующую координаты центра давления, создаваемого человеком на плоскость опоры. Графическое отображение показателей на мониторе может представлять контур стоп с выделением зон, на которые приходится нагрузка разной интенсивности. В другом варианте на экран выводится визуальный стимул, меняющий свои параметры, например цвет, в зависимости от успешности выполнения пациентом поставленной задачи. В целях КР применяются тренировки методом двойных задач, построенные на выполнении математических или вербальных заданий во время прохождения стабилотренинга. Е.В. Жаворонкова с соавторами провели исследование эффективности стабилотренинга и двойных задач в реабилитации пациентов с умеренной ЧМТ. Оценка проводилась по критериям ЭЭГ и при помощи нейропсихологических методов диагностики. По данным ЭЭГ, применение только

стабилотренинга способствует активации функциональных связей правого полушария. Применение метода двойных задач повышает эффективность связей в левом полушарии и, согласно результатам нейропсихологической оценки, способствует восстановлению когнитивных функций. Авторы предлагают последовательно проводить стабилотренинг и метод двойных задач для эффективной реабилитации пациентов с ОПГМ [5].

В целом, устройства с компьютеризированной визуальной обратной связью широко применяются в практике восстановления движений при ОПГМ. Р.С. Калабро (*R.S. Calabrò*) с соавторами оценили динамику изменений в когнитивной и личностной сферах при использовании системы *Lokomat Pro* для восстановления ходьбы у пациентов с инсультом. Роботизированная система *Lokomat*, разработанная для тренировок на беговой дорожке, включает поддержку веса тела и монитор, на котором отражаются параметры ходьбы и транслируется видео. Видеоряд может представлять графическое изображение дороги (изображение меняется в зависимости от скорости движения, распределения веса и направления стоп пациента) или подаваться с камеры, фиксирующей ходьбу пациента. Результаты контролируемого исследования показали, что роботизированное обучение также положительно влияет на настроение, мотивационную сферу и когнитивный статус пациентов. При этом в контрольной группе, где с пациентами занимались восстановлением походки без использования роботизированной системы, улучшения наблюдались только в двигательной сфере [21].

Последние годы активно разрабатывается программное обеспечение для стационарных и мобильных устройств с целенаправленным воздействием на когнитивную сферу. Как правило, такие программы предлагают обучение безошибочному выбору и содержат задания с нарастающей сложностью, направленные на тренировку памяти, внимания, конструктивной деятельности. Такие технологии позволяют пациентам продолжать КР после выписки из стационара или в виде домашних заданий между сеансами [3; 26; 38].

Исследования на небольших группах пациентов с ОПГМ часто положительно связывают с внедрением в КР обучающих компьютерных программ и мобильных приложений [44]. Отмечается эффективность использования такого рода тренажеров в коррекции внимания, памяти, пространственных функций и произвольных процессов [25; 32; 37; 41].

По данным анализа 58 соответствующих исследований в электронных базах данных, доказательства эффективности применения компьютерных тренажеров для коррекции КФ у людей с ЧМТ выглядят недостаточно убедительно [27]. Однако необходимо отметить, что в большинстве таких исследований изменения в познавательной сфере пациента измеряли, сравнивая показатели по скрининговым когнитивным шкалам или по отдельным тестам до и после обучения. Динамика восстановления ког-

нитивных функций на протяжении длительного времени реабилитации чаще не отслеживалась. Также недостаточно исследований, в которых оценка эффективности компьютерных тренировок при ОПГМ проводилась бы по значительному количеству когнитивных показателей.

Отдельного внимания заслуживают методы реабилитации с использованием технологий виртуальной реальности (VR), так как они предлагают принципиально новый, более экологичный стимульный материал и значительно расширяют возможности коррекционного вмешательства. Задания предлагаются в формате 3D-игр, в которых воспроизводятся реальные объекты и события, предлагаются интерактивные виртуальные сценарии [14; 33; 45].

При ОПГМ VR-обучение целенаправленно применяют в отношении произвольных и оптико-пространственных функций [28; 29]. Также использование VR-технологий положительно сказывается на состоянии памяти и внимания [29].

Ряд исследований демонстрируют важность сформированных у пациента компетенций взаимодействия с цифровой средой до начала VR-обучения [29; 34]. Определенное значение здесь имеют пользовательские характеристики устройств виртуальной реальности. Отмечается, что видеоинструкции и управление собственными действиями в VR посредством компьютерной мыши позволяют быстрее адаптироваться к обучающим программам [45].

Результаты последних метаанализов свидетельствуют о позитивном опыте применения VR для восстановления КФ после ОПГМ [19; 33; 34], однако сохраняется недостаток убедительных доказательств эффективности данных технологий [19].

В отечественной нейропсихологической традиции восстановление когнитивных и интеллектуальных процессов осуществляется путем перестройки функциональных систем. Важнейшим принципом данного подхода является системность применения методик с учетом нейропсихологической картины дефекта конкретного пациента, возможностей его компенсаторного потенциала, особенностей личности и социальной среды [18]. Система методов здесь определяется представлениями о структурном строении и психологическом составе нарушенной функции. Программа восстановительного обучения строится для пациента индивидуально и предполагает последовательное поэтапное достижение конкретных целей. Выбор методик происходит в соответствии с задачами текущего этапа обучения. Учитывая ограниченные возможности методов переобучения утраченному навыку путем побуждения к многократному его повторению [18], мишенью воздействия становятся относительно сохраненные психические процессы, особенно те, которые обладают общими функциональными звеньями с дефицитарными психическими процессами.

К настоящему моменту недостаточно данных об эффективности использования цифровых технологий в рамках этого подхода. Однако можно судить о большом потенциале применения описанных выше методов для решения различных задач восстановительного обучения.

Методы когнитивной реабилитации в рамках формирования компенсаторных стратегий

Методы, направленные на формирование компенсаторных стратегий, используются в отношении функции, которая не может быть восстановлена в полном объеме. В этом случае усилия направлены на обучение пациента альтернативным поведенческим стратегиям с опорой на относительно сохраненные стороны когнитивной сферы, чтобы помочь пациенту приспособиться к слабым, дефицитарным сторонам. В этом подходе цифровые технологии приобретают все более широкое распространение. Автоматические дозаторы таблеток, модифицированные модели привычных предметов обихода (телефоны с клавишами быстрого набора увеличенного размера с фотографиями абонентов и т. п.), мобильные приложения и другое программное обеспечение могут облегчить пациенту решение ежедневных задач, повышая его автономность и снижая нагрузку на тех, кто осуществляет уход за ним.

Отдельный интерес здесь представляют разработки технологий «умного дома», основанные на нейроинтерфейсах по критериям ЭЭГ, айтрекинга и тактильного ответа [7; 10; 11; 13]. Устройства с интерфейсом мозг—компьютер открывают широкие перспективы в реабилитации пациентов с ограниченной мобильностью.

Наиболее распространенными являются устройства с программным обеспечением, а также мобильные приложения для планшетов и смартфонов, позволяющие дистанционно поддерживать деятельность пациента. Появившаяся одной из первых и распространенная до сих пор система *NeuroPage* разработана для поддержки повседневной активности пациентов с дефицитом мнестической деятельности и произвольного контроля поведения. В защищенную компьютерную систему вводится список напоминаний для разовых или повторяющихся событий, затем система отправляет сообщения на мобильные устройства пациентов в запланированное время. Сервис может использоваться как краткосрочно в восстановительном периоде, так и в долгосрочной перспективе в рамках формирования компенсаторных стратегий [28; 31; 43]. Мобильные приложения такого плана позволяют пациентам с ОПГМ не только поддерживать запланированный распорядок дня, но также расширяют их навигационные и коммуникационные возможности [43].

Технологии телереабилитации

Использование высоко технологичных методов КР повышает доступность реабилитационной помощи. Последние годы в отношении пациентов с ОПГМ активно развивается телереабилитация. В этом случае общение пациента со специалистом может происходить дистанционно и обеспечиваться по видеосвязи или посредством быстрых сообщений. Широкие возможности открывает использование пациентом компьютерных тренажеров с системой удаленного доступа, что позволяет специалисту предоставлять обратную связь и своевременно вмешиваться в реабилитационный процесс [16]. Систематические обзоры и метаанализы по данному вопросу свидетельствуют о том, что телереабилитация не менее эффективна в сравнении с традиционной личной терапией [20; 40]. В то же время отмечаются высокая неоднородность исследований и необходимость проведения более качественных оценок на больших выборках пациентов [22].

Заключение

Появившиеся относительно недавно в реабилитационной практике цифровые технологии быстро получили широкое распространение. Цифровые и аппаратные методы используют для тренировки отдельных навыков и общих способностей, дистанционной поддержки повседневной деятельности и реабилитационных занятий. Подобные технологии, с одной стороны, снижают нагрузку на квалифицированных специалистов, а с другой — значительно повышают доступность КР для пациентов, особенно из регионов, недостаточно обеспеченных специалистами необходимого профиля, а также для лиц с ограниченной мобильностью.

Программное обеспечение дистанционной поддержки помогает пациенту сохранять свою автономность, целостность собственной личности, более осознанно относиться к процессу реабилитации.

Исследования эффективности цифровых методов в КР преимущественно свидетельствуют об успешности их применения. Однако в основном такие оценки проводятся на небольших группах пациентов. Недостаточное количество хорошо спланированных исследований с адекватным размером выборки не позволяет к настоящему моменту создать клинические рекомендации по безопасному и эффективному применению цифровых методов в КР.

Согласно проведенному нами обзору, психологическая часть дизайна исследований, как правило, вызывает много вопросов. Постановка психологического эксперимента часто не учитывает сложного системного строения психических функций, а описание результатов носит феноменологический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андрофагина О.В., Кузнецова Т.В., Светкина А.А.* Мексидол в реабилитации больных в остром периоде ишемического инсульта // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 12. Вып. 2. С. 77–79. DOI:10.17116/jnevro201511512277-79
2. *Белова Л.А., Машин В.В., Абрамова В.В. и др.* Динамика когнитивных нарушений у больных с полушарным ишемическим инсультом в остром и раннем восстановительном периодах на фоне низкодозной нейропротекции препаратом Кортексин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 8. Вып. 2. С. 40–43. DOI:10.17116/jnevro20161168240-43
3. *Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш.* Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой. Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2012. 322 с.
4. *Дамулин И.В., Екушева Е.В.* Процессы нейропластичности после инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. Т. 6. № 3. С. 69–74.
5. *Жаворонкова Л.А., Максакова О.А., Шевцова Т.П. и др.* Реабилитация пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы, направленная на восстановление межполушарной асимметрии мозга // Асимметрия. 2018. № 4. С. 204–210.
6. *Завалий Л.Б., Петриков С.С., Щеголев А.В.* Метаболическая терапия при ишемическом инсульте // Неотложная медицинская помощь. Журнал имени Н.В. Склифосовского. 2018. Т. 7. № 1. С. 44–52. DOI:10.23934/2223-9022-2018-7-1-44-52
7. *Каплан А.Я.* Нейрофизиологические основания и практические реализации технологии мозг-машинных интерфейсов в неврологической реабилитации // Физиология человека. 2016. Т. 42. № 1. С. 118–127. DOI:10.7868/S0131164616010100
8. *Каракулова Ю.В., Селянина Н.В., Желнин А.В. и др.* Влияние антиоксидантной терапии на нейротрофины и процессы реабилитации после инсульта // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 8. С. 36–39. DOI:10.17116/jnevro20161168136-39
9. Лекции по черепно-мозговой травме / Под ред. В.В. Крылова. М.: Медицина, 2010. 320 с.
10. *Либуркина С.П., Васильев А.Н., Каплан А.Я. и др.* Пилотное исследование идеомоторного тренинга в контуре интерфейса мозг-компьютер у пациентов с двигательными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 9. Вып. 2. С. 63–68. DOI:10.17116/jnevro201811809263
11. *Лукоянов М.В., Гордлеева С.Ю., Пимашкин А.С. и др.* Эффективность интерфейсов мозг-компьютер на основе представления движений с тактильной и визуальной обратной связью // Физиология человека. 2018. Т. 44. № 3. С. 53–61. DOI:10.7868/S0131164618030062
12. *Можейко Е.Ю.* Восстановление когнитивных нарушений и тонкой моторики после инсульта с использованием компьютерных программ и принципа биологической обратной связи: дисс. ... д-ра. мед. наук. Красноярск, 2014. 216 с.

13. Морозова Е.Ю., Скворцов Д.В., Каплан А.Я. Выработка навыка представления движения под контролем управляемой от ЭЭГ нервно-мышечной электростимуляции, вызывающей конгруэнтное или неконгруэнтное движением кисти // Физиология человека. 2019. Т. 45. № 4. С. 40—45. DOI:10.1134/S013116461904012X
14. Петриков С.С., Гречко А.В., Шелкунова И.Г. и др. Новые перспективы двигательной реабилитации пациентов после очагового поражения головного мозга // Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко. 2019. Т. 83. № 6. С. 90—99. DOI:10.17116/neiro20198306190
15. Прокopenko С.В., Можейко Е.Ю., Зубрицкая Е.М. и др. Коррекция когнитивных нарушений у больных, перенесших черепно-мозговую травму // Consilium Medicum. 2017. Т. 19. № 2.1. С. 64—69.
16. Сидякина И.В., Добрушина О.Р., Лядов К.В. и др. Доказательная медицина в нейрореабилитации: инновационные технологии (обзор) // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015. Т. 92. № 3. С. 53—56.
17. Утеулиев Е.С., Конысбаева К.К., Жангалиева Д.Р. и др. Эпидемиология и профилактика ишемического инсульта // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2017. № 4. С. 126—129.
18. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2010. 376 с.
19. Aida J., Chau B., Dunn J. Immersive virtual reality in traumatic brain injury rehabilitation: A literature review // NeuroRehabilitation. 2018. Vol. 42 (4). P. 441—448. DOI:10.3233/NRE-172361
20. Calabrò R.S., Bramanti A., Garzon M. et al. Telerehabilitation in individuals with severe acquired brain injury: Rationale, study design, and methodology [Электронный ресурс] // Medicine. 2018. Vol. 97 (50). URL: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/12140/telerehabilitation_in_individuals_with_severe.15.aspx (дата обращения: 11.12.2019). DOI:10.1097/MD.0000000000013292
21. Calabrò R.S., Reitano S., Leo A. et al. Can robot-assisted movement training (Lokomat) improve functional recovery and psychological well-being in chronic stroke? Promising findings from a case study // Functional Neurology. 2014. Vol. 29 (2). P. 139—141.
22. Corti C., Oldrati V., Oprandi M.C. et al. Remote technology-based training programs for children with acquired brain injury: A systematic review and a meta-analytic exploration [Электронный ресурс] // Behavioural Neurology. 2019. Vol. 2019. URL: <https://www.hindawi.com/journals/bn/2019/1346987/> (дата обращения: 21.01.2020). DOI:10.1155/2019/1346987
23. Dams-O'Connor K., Gordon W.A. Role and impact of cognitive rehabilitation // Psychiatric Clinics. 2010. Vol. 33 (4). P. 893—904. DOI:10.1016/j.psc.2010.08.002
24. das Nair R., Cogger H., Worthington E. et al. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke [Электронный ресурс] // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002293.pub3/abstract> (дата обращения: 12.12.2019). DOI:10.1002/14651858.CD002293.pub3

25. *De Luca R., Leonardi S., Spadaro L. et al.* Improving cognitive function in patients with stroke: can computerized training be the future? // *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2018. Vol. 27 (4). P. 1055—1060. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.11.008
26. *Des Roches C.A., Kiran S.* Technology based rehabilitation to improve communication after acquired brain injury [Электронный ресурс] // *Frontiers in Neuroscience*. 2017. Vol. 11. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2017.00382/full> (дата обращения: 18.12.2019). DOI:10.3389/fnins.2017.00382
27. *Fetta J., Starkweather A., Gill J.M.* Computer-based cognitive rehabilitation interventions for traumatic brain injury: A critical review of the literature // *The Journal of Neuroscience Nursing*. 2017. Vol. 49 (4). P. 235—240. DOI:10.1097/JNN.0000000000000298
28. *Fish J., Wilson B.A., Manly T.* The assessment and rehabilitation of prospective memory problems in people with neurological disorders: A review // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2010. Vol. 20 (2). P. 161—179. DOI:10.1080/09602010903126029
29. *Gamito P., Oliveira J., Coelho C., et al.* Cognitive training on stroke patients via virtual reality-based serious games // *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol. 39 (4). P. 385—388. DOI:10.3109/09638288.2014.934925
30. *Heikkinen P.H., Pulvermüller F., Mäkelä J.P. et al.* Combining rTMS with intensive language-action therapy in chronic aphasia: A randomized controlled trial [Электронный ресурс] // *Frontiers in Neuroscience*. 2019. Vol. 12. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2018.01036/full> (дата обращения: 18.12.2019). DOI:10.3389/fnins.2018.01036
31. *Kettlewell J., das Nair R., Radford K.* A systematic review of personal smart technologies used to improve outcomes in adults with acquired brain injuries // *Clinical Rehabilitation*. 2019. Vol. 33 (11). P. 1705—1712. DOI:10.1177/0269215519865774
32. *Ledbetter C., Moore A.L., Mitchell T.* Cognitive effects of ThinkRx cognitive rehabilitation training for eleven soldiers with brain injury: A retrospective chart review [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00825/full> (дата обращения: 18.12.2019). DOI:10.3389/fpsyg.2017.00825
33. *Maggio M.G., Latella D., Maresca G. et al.* Virtual reality and cognitive rehabilitation in people with stroke: An overview // *Journal of Neuroscience Nursing*. 2019. Vol. 51 (2). P. 101—105. DOI:10.1097/JNN.0000000000000423
34. *Moreno A., Wall K.J., Thangavelu K. et al.* A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders // *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2019. Vol. 5 (1). P. 834—850. DOI:10.1016/j.trci.2019.09.016
35. *Neville I.S., Zaninotto A.L., Hayashi C.Y. et al.* Repetitive TMS does not improve cognition in patients with TBI: A randomized double-blind trial // *Neurology*. 2019. Vol. 93 (2). P. e190-e199. DOI:10.1212/WNL.00000000000007748
36. *Pink A.E., Williams C., Alderman N. et al.* The use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) following traumatic brain injury (TBI): A scoping review [Электронный ресурс] // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2019. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602011.2019.1706585?journalCode=pnrh20> (дата обращения: 15.01.2020). DOI:10.1080/09602011.2019.1706585

37. Poulin V., Korner-Bitensky N., Bherer L. et al. Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke: A pilot study // *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol. 39 (1). P. 1—13. DOI:10.3109/09638288.2015.1123303
38. Pugliese M., Ramsay T., Johnson D. et al. Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2018. Vol. 13 (1). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191566> (дата обращения: 18.12.2019). DOI:10.1371/journal.pone.0191566
39. Rossetti A., Malfitano C., Malloggi C. et al. Phonemic fluency improved after inhibitory transcranial magnetic stimulation in a case of chronic aphasia // *International Journal of Rehabilitation Research*. 2019. Vol. 42 (1). P. 92—95. DOI:10.1097/MRR.0000000000000322
40. Sarfo F.S., Ulasavets U., Opore-Sem O.K. et al. Tele-rehabilitation after stroke: An updated systematic review of the literature // *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2018. Vol. 27 (9). P. 2306—2318. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.013
41. Svaerke K.W., Omkvist K.V., Havsteen I.B. et al. Computer-based cognitive rehabilitation in patients with visuospatial neglect or homonymous hemianopia after stroke [Электронный ресурс] // *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2019. Vol. 28 (11). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305719304094> (дата обращения: 18.12.2019). DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104356
42. Talsma L.J., Kroese H.A., Slagter H.A. Boosting cognition: effects of multiple-session transcranial direct current stimulation on working memory // *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2017. Vol. 29 (4). P. 755—768. DOI:10.1162/jocn_a_01077
43. Teasdale T.W., Emslie H., Quirk K. et al. Alleviation of carer strain during the use of the NeuroPage device by people with acquired brain injury // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009. Vol. 80 (7). P. 781—783. DOI:10.1136/jnnp.2008.162966
44. van de Ven R.M., Murre J.M.J., Buitenweg J.I.V. et al. The influence of computer-based cognitive flexibility training on subjective cognitive well-being after stroke: A multi-center randomized controlled trial [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2017. Vol. 2 (11). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187582> (дата обращения: 12.12.2019). DOI:10.1371/journal.pone.0187582
45. van der Kuil M.N.A., Visser-Meily J.M.A., Evers A.W.M. et al. A usability study of a serious game in cognitive rehabilitation: A compensatory navigation training in acquired brain injury patients [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00846/full> (дата обращения: 12.12.2019). DOI:10.3389/fpsyg.2018.00846
46. Zaninotto A.L., El-Hagrassy M.M., Green J.R. et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) effects on traumatic brain injury (TBI) recovery: A systematic review // *Dementia & Neuropsychologia*. 2019. Vol. 13 (2). P. 172—179. DOI:10.1590/1980-57642018dn13-020005

REFERENCES

1. Androfagina O.V., Kuznetsova T.V., Svetkina A.A. Meksidol v reabilitatsii bol'nykh v ostrom periode ishemicheskogo insul'ta [Mexidol in the rehabilitation of patients in acute ischemic stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2015. Vol. 115 (12—2), pp. 77—79. DOI:10.17116/jnevro201511512277-79
2. Belova L.A., Mashin V.V., Abramova V.V., et al. Dinamika kognitivnykh narushenii u bol'nykh s polusharnym ishemicheskim insul'tom v ostrom i rannem vosstanovitel'nom periodakh na fone nizkodoznoi neiroproteksii preparatom Korteksin [Dynamics of cognitive impairments in patients with hemispheric ischemic stroke in the acute and early recovery periods against the background of low-dose neuroprotection with Cortexin]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2016. Vol. 116 (8—2), pp. 40—43. DOI:10.17116/jnevro20161168240-43
3. Grigor'eva V.N., Kovyazina M.S., Tkhostov A.Sh. Kognitivnaya reabilitatsiya bol'nykh s insul'tom i cherepno-mozgovoï travmoi [Cognitive rehabilitation of patients with stroke and traumatic brain injury]. Nizhny Novgorod: NizhGMA Publ., 2012. 322 p.
4. Damulin I.V., Ekusheva E.V. Protsessy neiroplastichnosti posle insul'ta [Neuroplasticity processes after stroke]. *Nevrologiya, neiropsikiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2014. Vol. 6 (3), pp. 69—74.
5. Zhavoronkova L.A., Maksakova O.A., Shevtsova T.P., et al. Reabilitatsiya patsientov s posledstviyami cherepno-mozgovoï travmy, napravlenaya na vosstanovlenie mezhpolutsharnoi asimmetrii mozga [Rehabilitation of patients with the consequences of traumatic brain injury, aimed at restoring interhemispheric asymmetry of the brain]. *Asimetriya* = *Asymmetry*, 2018, no. 4, pp. 204—210.
6. Zavalii L.B., Petrikov S.S., Shchegolev A.V. Metabolicheskaya terapiya pri ishemicheskom insul'te [Metabolic therapy for ischemic stroke]. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo "Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'"* = *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*, 2018. Vol. 7 (1), pp. 44—52. DOI:10.23934/2223-9022-2018-7-1-44-52
7. Kaplan A.Ya. Neirofiziologicheskie osnovaniya i prakticheskie realizatsii tekhnologii mozg-mashinnykh interfeisov v nevrologicheskoi reabilitatsii [Neurophysiological foundations and practical realizations of the brain-machine interfaces the technology in neurological rehabilitation]. *Fiziologiya Cheloveka*, 2016. Vol. 42 (1), pp. 118—127. DOI:10.7868/S0131164616010100
8. Karakulova Yu.V., Selyanina N.V., Zhelnin A.V., et al. Vliyanie antioksidantnoi terapii na neirotrofiny i protsessy reabilitatsii posle insul'ta [Effect of antioxidant therapy on neurotrophins and processes of rehabilitation after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2016. Vol. 116 (8), pp. 36—39. DOI:10.17116/jnevro20161168136-39
9. Krylov V.V. Lektsii po cherepno-mozgovoï travme [Lectures on traumatic brain injury]. Moscow: Meditsina, 2010. 320 p.
10. Liburkina S.P., Vasil'ev A.N., Kaplan A.Ya., et al. Pilotnoe issledovanie ideomotornogo treninga v konture interfeisa mozg-komp'yuter u patsientov s

- dvigatel'nyimi narusheniyami [Brain-computer interface-based motor imagery training for patients with neurological movement disorders]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018. Vol. 118 (9—2), pp. 63—68. DOI:10.17116/jnevro201811809263
11. Lukoyanov M.V., Gordleeva S.Yu., Pimashkin A.S., et al. Effektivnost' interfeisov mozg-komp'yuter na osnove predstavleniya dvizhenii s taktil'noi i vizual'noi obratnoi svyaz'yu [Efficiency of brain-computer interfaces based on the representation of movements with tactile and visual feedback]. *Fiziologiya Cheloveka*, 2018. Vol. 44 (3), pp. 53—61. DOI:10.7868/S0131164618030062
 12. Mozheiko E.Yu. Vosstanovlenie kognitivnykh narushenii i tonkoi motoriki posle insul'ta s ispol'zovaniem komp'yuternykh programm i printsipa biologicheskoi obratnoi svyazi. Diss. dokt. med. nauk. [Restoration of cognitive impairments and fine motor skills after a stroke using computer programs and the principle of biofeedback. Dr. Sci. (Medicine) diss.]. Krasnoyarsk, 2014. 216 p.
 13. Morozova E.Yu., Skvortsov D.V., Kaplan A.Ya. Vyrabotka navyka predstavleniya dvizheniya pod kontrolem upravlyaemoi ot EEG nervno-myshechnoi elektrostimulyatsii, vyzvyayushchei kongruentnoe ili nekongruentnoe dvizheniem kisti [Developing the skill of imagining movement under the control of EEG-controlled neuromuscular electrical stimulation, which causes congruent or incongruent hand movement]. *Fiziologiya Cheloveka*, 2019. Vol. 45 (4), pp. 40—45. DOI:10.1134/S013116461904012X
 14. Petrikov S.S., Grechko A.V., Shchelkunova I.G., et al. Noveye perspektivy dvigatel'noi reabilitatsii patsientov posle ochagovogo porazheniya golovnogo mozga [New perspectives of motor rehabilitation of patients after focal brain damage]. *Zhurnal "Voprosy neirokhirurgii" imeni N.N. Burdenko* = *Burdenko's Journal of Neurosurgery*, 2019. Vol. 83 (6), pp. 90—99. DOI:10.17116/neiro20198306190
 15. Prokopenko S.V., Mozheiko E.Yu., Zubritskaya E.M., et al. Korrektsiya kognitivnykh narushenii u bol'nykh, perenesshikh cherepno-mozgovuyu travmu [Correction of cognitive impairment in patients with craniocerebral trauma]. *Consilium Medicum*, 2017. Vol. 19 (2.1), pp. 64—69.
 16. Sidiyakina I.V., Dobrushina O.R., Lyadov K.V., et al. Dokazatel'naya meditsina v neiroreabilitatsii: innovatsionnye tekhnologii (obzor) [Evidence-based medicine in neurorehabilitation: innovative technologies (review)]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury* = *Issues of balneology, physiotherapy and physical therapy*, 2015. Vol. 92 (3), pp. 53—56.
 17. Uteuliev E.S., Konysbaeva K.K., Zhangalieva D.R., et al. Epidemiologiya i profilaktika ishemicheskogo insul'ta [Epidemiology and prevention of ischemic stroke]. *Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta* = *Bulletin of the Kazakh National Medical University*, 2017, no. 4, pp. 126—129.
 18. Tsvetkova L.S. Vosstanovitel'noe obuchenie pri lokal'nykh porazheniyakh mozga [Rehabilitation training in focal brain injury]. Moscow: MPSI; Voronezh: MODEK, 2010. 376 p.
 19. Aida J., Chau B., Dunn J. Immersive virtual reality in traumatic brain injury rehabilitation: A literature review. *NeuroRehabilitation*, 2018. Vol. 42 (4), pp. 441—448. DOI:10.3233/NRE-172361
 20. Calabrò R.S., Bramanti A., Garzon M., et al. Telerehabilitation in individuals with severe acquired brain injury: Rationale, study design, and methodology [Elektronnyi

- resurs]. *Medicine*, 2018. Vol. 97 (50). Available at: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/12140/telerehabilitation_in_individuals_with_severe.15.aspx (Accessed 11.12.2019). DOI:10.1097/MD.00000000000013292
21. Calabrò R.S., Reitano S., Leo A., et al. Can robot-assisted movement training (Lokomat) improve functional recovery and psychological well-being in chronic stroke? Promising findings from a case study. *Functional Neurology*, 2014. Vol. 29 (2), pp. 139—141.
 22. Corti C., Oldrati V., Oprandi M.C., et al. Remote technology-based training programs for children with acquired brain injury: A systematic review and a meta-analytic exploration [Elektronnyi resurs]. *Behavioural Neurology*, 2019. Vol. 2019. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/bn/2019/1346987/> (Accessed 21.01.2020). DOI:10.1155/2019/1346987
 23. Dams-O'Connor K., Gordon W.A. Role and impact of cognitive rehabilitation. *Psychiatric Clinics*, 2010. Vol. 33 (4), pp. 893—904. DOI:10.1016/j.psc.2010.08.002
 24. das Nair R., Cogger H., Worthington E., et al. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke [Elektronnyi resurs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002293.pub3/abstract> (Accessed 12.12.2019). DOI:10.1002/14651858.CD002293.pub3
 25. De Luca R., Leonardi S., Spadaro L., et al. Improving cognitive function in patients with stroke: can computerized training be the future? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2018. Vol. 27 (4), pp. 1055—1060. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.11.008
 26. Des Roches C.A., Kiran S. Technology based rehabilitation to improve communication after acquired brain injury [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Neuroscience*, 2017. Vol. 11. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2017.00382/full> (Accessed 18.12.2019). DOI:10.3389/fnins.2017.00382
 27. Fetta J., Starkweather A., Gill J.M. Computer-based cognitive rehabilitation interventions for traumatic brain injury: A critical review of the literature. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 2017. Vol. 49 (4), pp. 235—240. DOI:10.1097/JNN.0000000000000298
 28. Fish J., Wilson B.A., Manly T. The assessment and rehabilitation of prospective memory problems in people with neurological disorders: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2010. Vol. 20 (2), pp. 161—179. DOI:10.1080/09602010903126029
 29. Gamito P., Oliveira J., Coelho C., et al. Cognitive training on stroke patients via virtual reality-based serious games. *Disability and Rehabilitation*, 2017. Vol. 39 (4), pp. 385—388. DOI:10.3109/09638288.2014.934925
 30. Heikkinen P.H., Pulvermüller F., Mäkelä J.P., et al. Combining rTMS with intensive language-action therapy in chronic aphasia: A randomized controlled trial [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Neuroscience*, 2019. Vol. 12. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2018.01036/full> (Accessed 18.12.2019). DOI:10.3389/fnins.2018.01036
 31. Kettlewell J., das Nair R., Radford K. A systematic review of personal smart technologies used to improve outcomes in adults with acquired brain injuries. *Clinical Rehabilitation*, 2019. Vol. 33 (11), pp. 1705—1712. DOI:10.1177/0269215519865774

32. Ledbetter C., Moore A.L., Mitchell T. Cognitive effects of ThinkRx cognitive rehabilitation training for eleven soldiers with brain injury: A retrospective chart review [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2017. Vol. 8. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00825/full> (Accessed 18.12.2019). DOI:10.3389/fpsyg.2017.00825
33. Maggio M.G., Latella D., Maresca G., et al. Virtual reality and cognitive rehabilitation in people with stroke: An overview. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2019. Vol. 51 (2), pp. 101–105. DOI:10.1097/JNN.0000000000000423
34. Moreno A., Wall K.J., Thangavelu K., et al. A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2019. Vol. 5 (1), pp. 834–850. DOI:10.1016/j.trci.2019.09.016
35. Neville I.S., Zaninotto A.L., Hayashi C.Y., et al. Repetitive TMS does not improve cognition in patients with TBI: A randomized double-blind trial. *Neurology*, 2019. Vol. 93 (2), pp. e190–e199. DOI:10.1212/WNL.00000000000007748
36. Pink A.E., Williams C., Alderman N., et al. The use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) following traumatic brain injury (TBI): A scoping review [Elektronnyi resurs]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2019. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602011.2019.1706585?journalCode=pnrh20> (Accessed 15.01.2020). DOI:10.1080/09602011.2019.1706585
37. Poulin V., Korner-Bitensky N., Bherer L., et al. Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 2017. Vol. 39 (1), pp. 1–13. DOI:10.3109/09638288.2015.1123303
38. Pugliese M., Ramsay T., Johnson D., et al. Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2018. Vol. 13 (1). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191566> (Accessed 18.12.2019). DOI:10.1371/journal.pone.0191566
39. Rossetti A., Malfitano C., Malloggi C., et al. Phonemic fluency improved after inhibitory transcranial magnetic stimulation in a case of chronic aphasia. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2019. Vol. 42 (1), pp. 92–95. DOI:10.1097/MRR.0000000000000322
40. Sarfo F.S., Ulasavets U., Opere-Sem O.K., et al. Tele-rehabilitation after stroke: An updated systematic review of the literature. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 2018. Vol. 27 (9), pp. 2306–2318. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.013
41. Svaerke K.W., Omkvist K.V., Havsteen I.B., et al. Computer-based cognitive rehabilitation in patients with visuospatial neglect or homonymous hemianopia after stroke [Elektronnyi resurs]. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 2019. Vol. 28 (11). Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305719304094> (Accessed 18.12.2019). DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104356
42. Talsma L.J., Kroese H.A., Slagter H.A. Boosting cognition: effects of multiple-session transcranial direct current stimulation on working memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2017. Vol. 29 (4), pp. 755–768. DOI:10.1162/jocn_a_01077

43. Teasdale T.W., Emslie H., Quirk K., et al. Alleviation of carer strain during the use of the NeuroPage device by people with acquired brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2009. Vol. 80 (7), pp. 781—783. DOI:10.1136/jnnp.2008.162966
44. van de Ven R.M., Murre J.M.J., Buitenweg J.I.V., et al. The influence of computer-based cognitive flexibility training on subjective cognitive well-being after stroke: A multi-center randomized controlled trial [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2017. Vol. 2 (11). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187582> (Accessed 12.12.2019). DOI:10.1371/journal.pone.0187582
45. van der Kuil M.N.A., Visser-Meily J.M.A., Evers A.W.M., et al. A usability study of a serious game in cognitive rehabilitation: A compensatory navigation training in acquired brain injury patients [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00846/full> (Accessed 12.12.2019). DOI:10.3389/fpsyg.2018.00846
46. Zaninotto A.L., El-Hagrassy M.M., Green J.R., et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) effects on traumatic brain injury (TBI) recovery: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 2019. Vol. 13 (2), pp. 172—179. DOI:10.1590/1980-57642018dn13-020005

Информация об авторах

Калантарова Марина Витальевна, старший преподаватель факультета клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>, e-mail: kalantarovamv@mgppu.ru

Завалий Леся Богдановна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliy@sklif.mos.ru

Борисоник Евгения Владимировна, старший преподаватель факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X> e-mail: borisonikev@mprru.ru

Суботич Мария Игоревна, медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107> e-mail: psysklif@gmail.com

Гречко Андрей Вячеславович, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, директор, Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и

реабилитологии (ФГБНУ «ФНКЦ РР»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4133-9708>, e-mail: fnkcr@fnkcr.ru

Шелкунова Инесса Геннадиевна, кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора, Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (ФГБНУ «ФНКЦ РР»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5417>, e-mail: selenagrey1@mail.ru

Петриков Сергей Сергеевич, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Information about the authors

Marina V. Kalantarova, Senior Lecturer, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5509-7052>, e-mail: kalantarovamv@mppu.ru

Lesya B. Zavaliiy, PhD in Medicine, Senior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8572-7094>, e-mail: zavaliylb@sklif.mos.ru

Evgenia V. Borisonik, Senior Lecturer, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonikev@mppu.ru

Maria I. Subotich, Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: psysklif@gmail.com

Andrey V. Grechko, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Director of Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4133-9708>, e-mail: fnkcr@fnkcr.ru

Inessa G. Shchelkunova, PhD in Medicine, Associate Professor, Deputy Director of Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3778-5417>, e-mail: selenagrey1@mail.ru

Sergey S. Petrikov, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Получена 21.11.2019

Принята в печать 30.07.2020

Received 21.11.2019

Accepted 30.07.2020

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

В.Л. МАЛЫГИН

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова (ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>,
e-mail: malyginvl@yandex.ru

Ю.А. МЕРКУРЬЕВА

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова (ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>,
e-mail: juliamercurieva@gmail.com

Рассмотрена проблема психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. Проанализированы данные эмпирического исследования ведущих факторов формирования интернет-зависимости, выделены две группы зависимых с преобладанием биологического и психологического факторов формирования интернет-аддикции. На основе этих данных разработана и проведена программа коррекции интернет-зависимости у подростков. Приводятся результаты сравнения эффективности разработанной программы и программы коррекции коммуникативных навыков. Выявлена значимость первичной диагностики выраженности нейропсихологических особенностей и включения нейропсихологической коррекции в структуру работы с интернет-зависимыми подростками. Предложена схема отбора в коррекции

онные группы в соответствии с преобладанием различных факторов формирования аддикции.

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, психологическая коррекция, факторы формирования интернет-зависимости.

Для цитаты: Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>

DIFFERENTIATED INTERVENTION MODEL FOR INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

VLADIMIR L. MALYGIN

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>,

e-mail: malyginvl@yandex.ru

YLIYA A. MERKURIEVA

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>,

e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

The paper considers the issue of interventions for internet addiction in adolescents. We analyzed the main risk factors of internet addiction yielded from the empirical data and distinguished between two groups of internet-addicted adolescents with dominating biological or psychological risk factors. An intervention program for internet-addicted adolescents based on this data was developed and carried out. We compared the efficacy of the intervention and communicative skills training. The results prove the significance of primary neuropsychological diagnostics and the necessity of neuropsychological correction in interventions for internet-addicted adolescents. We propose a scheme for sorting the participants in correction groups according to different risk factors of internet addiction.

Keywords: internet addiction, adolescence, psychological intervention, risk factors of internet addiction.

For citation: Malygin V.L., Merkurieva Y.A. Differentiated Intervention Model for Internet Addiction in Adolescents. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Интернет-зависимость среди подростков и молодых людей в странах Европы и Северной Америки составляет 1,5—8,2% [14; 19; 20]. По данным российских исследователей, распространенность интернет-зависимости среди подростков достигает 22,6% [4]. Отдаленные последствия интернет-зависимости у подростков проявляются их значительной социальной дезадаптацией: затруднениями в приобретении профессии, трудовой деятельности, неудачами в межличностных отношениях, неспособностью к созданию семьи.

Наиболее значимыми предикторами формирования интернет-аддикции являются биологические факторы (уязвимость к зависимостям, дефицит нейротрансмиттеров, синдром двигательной гиперактивности и нарушения внимания, психиатрическая коморбидность), а также факторы личностной и психологической уязвимости (незрелость, эмоциональная нестабильность, недостаток самоконтроля, низкая стрессоустойчивость, дефицит социальных навыков) и факторы окружающей среды (конфликтное отношение в семье, отсутствие сплоченности, привязанности и надзора, плохая социальная среда, крупные кризисы) [22] — т. е. формирование интернет-аддикции имеет сложный многофакторный генез. Однако большинство программ по психологической коррекции интернет-зависимости, предлагаемых такими известными западными исследователями, как К. Янг, М. Гриффитс и др. [19; 20], построены без учета ведущих патогенетических факторов формирования зависимости, в частности биологических предикторов, что затрудняет выделение основных мишеней психологической коррекции.

В то же время, как справедливо отмечает А.Е. Войскунский, «... интернет-зависимость, как и другие виды технологических и поведенческих зависимостей, современные исследователи все активнее связывают с нейрофизиологией и нейропсихологией функционирования головного мозга, что представляет собой чрезвычайно перспективную область работы» [1, с. 6]. Так, выявлена устойчивая связь интернет-зависимости и СДВГ [16; 17]. В отечественном исследовании подростков с интернет-зависимостью были выявлены специфические функциональные нарушения первого и третьего блоков мозга, проявляющиеся в снижении тонуса, колебаниях внимания, снижении функции регуляции и контроля деятельности [6]. Особое внимание в исследовании формирования интернет-зависимости уделяется когнитивному контролю [13], способности к регулированию эмоций [15], а также снижению функциональных связей корково-подкорковых структур, что может являться предиктором нарушений процессов возбуждения—торможения и импульсивности. Следует отметить, что данные нарушения также характерны для лиц с другими формами аддикций [18].

В настоящее время основным направлением психологической коррекции интернет-зависимого поведения является когнитивно-бихевио-

ральная терапия [2; 19; 22]. Считается, что коррекция должна включать когнитивное реструктурирование использования Интернета и поведенческие упражнения [2]. Когнитивные техники большей частью нацелены на изменение негативных автоматических мыслей, что, по мнению авторов, реконструирует восприятие и понимание самих себя и своих жизненных ситуаций. Эффективность указанного подхода частично подтверждена лишь для взрослых зависимых от 21 года [22].

Необходимо отметить, что когнитивно-поведенческая терапия, широко масштабно применяемая западными коллегами, недостаточно эффективна для работы с мотивацией к лечению, в особенности для интернет-зависимых с минимальной мозговой дисфункцией, снижением тонуса и динамического компонента, нарушением регуляции и контроля деятельности. Выделение значимых факторов формирования интернет-зависимости у подростков позволит разработать дифференцированную патогенетическую модель терапии данного расстройства, основанную на понимании различных психологических механизмов формирования зависимости.

Цель исследования: разработка комплексной дифференцированной программы психологической коррекции интернет-зависимости у подростков, основанной на биологических (нейропсихологических) и характерологических предикторах формирования зависимости от сети Интернет. **Гипотезы:** 1) формирование интернет-зависимости в подростковом возрасте может протекать в рамках нескольких вариантов психологических механизмов, которые будут обусловлены различными биологическими и психологическими преморбидными факторами; 2) применение дифференцированной психокоррекционной модели, учитывающей патогенетические механизмы формирования интернет-зависимости в подростковом возрасте, для определенных групп подростков будет иметь больший эффект.

Метод

Выборка составила 1003 подростка, учащихся старших классов средних общеобразовательных школ и лицеев г. Москвы, средний возраст — 16,4 года; группы эквивалентны по гендерному составу, социодемографическим характеристикам. На этапе скрининга с помощью шкалы интернет-зависимости Чен (CIAS) [3] и полуструктурированного интервью выделена группа подростков с наличием сформированной интернет-аддикции (n=100), у остальных подростков не выявлено интернет-зависимости (табл. 1). Деятельность подростков в интернет-сети носила смешанный характер: онлайн-игры и сервисы онлайн-общения. В контрольную группу (n=150), по результатам полуструктурированного

интервью, вошли подростки с минимальным риском развития интернет-зависимости, имеющие дополнительные хобби и увлечения, социально активные.

Критерии включения в экспериментальную группу:

1) подростки мужского и женского пола в возрасте от 16 до 17 лет включительно;

2) количество баллов по шкале интернет-зависимости Чен (*CIAS*) — 65 баллов и более, что соответствует уровню сформированной зависимости.

Критерий исключения для экспериментальной группы — сопутствующий психиатрический диагноз, соответствующий критериям МКБ-10 в рубриках F00-09 и F20-29.

В контрольную группу вошли 150 подростков. Критерии включения:

1) количество баллов по шкале интернет-зависимости Чен (*CIAS*) — от 31 до 41 балла; из этой группы были исключены те участники, чьи показатели выходили за пределы нормального распределения в сторону наименьших и наибольших значений по всем шкалам методики *CIAS*;

2) отсутствие признаков интернет-зависимости, по данным полуструктурированного интервью, широкий спектр увлечений, интенсивная социальная жизнь.

Критерий исключения — наличие диагностированного психического расстройства.

Таблица 1

Социодемографические данные подростков, включенных в этап скрининга

Показатель	Группа	
	Условно здоровые подростки	Подростки с интернет-зависимостью
Количество, N	903	100
Юноши	491	50
Девушки	412	50
Возраст, лет	16,4±0,5	16,5±1
Стаж использования Интернета, лет	8,7±2,9	7,89±2,13
Полная семья	653	77
Неполная семья	250	23

Процедура и методики. Исследование состояло из 2 этапов: констатирующего и постановочного экспериментов. На первом этапе были уточнены факторы, связанные с развитием интернет-зависимости. Для этого применялись методики: «Шкала Интернет-зависимости Чен» — *Chen Internet addiction Scale-CIAS* [3], направленная на выявление основ-

ных симптомов интернет-зависимости; методика диагностики эмоционального интеллекта Мэйера—Сэловея—Карузо *MSCEIT* [7]; методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова для исследования семиотического компонента телесности [12]; «Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики Лурия-90» Э.Г. Симерницкой [10]; методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерса—Даймонд [7]; патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко и Н.Я. Иванова в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль [9]; текущая психопатологическая симптоматика исследовалась с помощью опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики *SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised)* в адаптации Н.В. Тарабриной [11].

На 2 этапе была разработана и проведена программа коррекции с использованием выявленных в ходе исследования мишеней. Проведен сравнительный анализ эффективности программ для двух групп подростков, выделенных по механизмам их формирования, и контрольной группы.

Статистическая обработка данных проводилась программой Statistica 13.0. Для обработки и представления результатов были использованы: описательная статистика (анализ средних, медиана, стандартное отклонение, проверка распределения на нормальность — критерий Колмогорова—Смирнова); непараметрический критерий Манна—Уитни для определения достоверности различий в двух независимых группах; корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена; иерархический кластерный анализ для определения и верификации количества подгрупп внутри выборки, метод *k*-средних для выявления вклада отдельных показателей в формирование кластеров; непараметрический *T*-критерий Уилкоксона для оценки различий между двумя рядами измерений.

Результаты исследования

В ходе проведенного исследования было выявлено, что из всех обследованных подростков ($N=1003$), 10% ($N=100$) имеют признаки интернет-зависимости (из общего числа обследованных), 53% ($N=532$) злоупотребляют Интернетом, у 47% ($N=471$) подростков признаков интернет-зависимости не обнаружено.

По результатам нейропсихологического исследования с помощью «Нейропсихологической методики экспресс-диагностики Лурия-90» Э.Г. Симерницкой [10] выявлено, что подростки с интернет-зависимым поведением значительно отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса ($p=0,06$),

слухомоторных координаций ($p=0,073$), внимания ($p=0,025$), контроля и регуляции деятельности ($p=0,005$), а также опосредованного запоминания ($p=0,04$) (рис. 1).

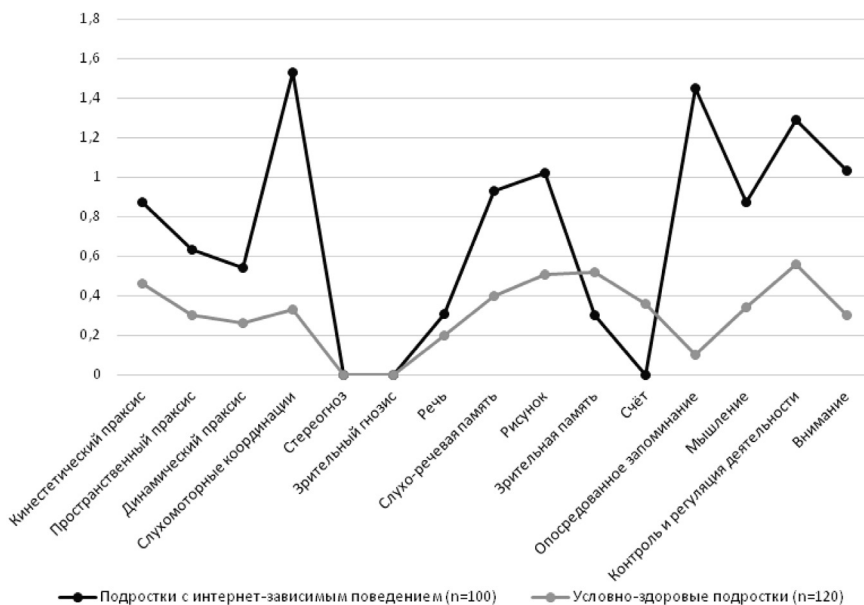


Рис. 1. Нейropsychологические профили подростков с интернет-зависимым поведением и условно здоровых подростков

Корреляционный анализ (рис. 2) показал, что нейropsychологические нарушения положительно коррелируют средней силы связями с показателем шкалы толерантности и с общим показателем шкалы интернет-зависимости Чен.

По данным методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», обнаружены значимые различия ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой по показателям: 1) широта словаря для описания внутренних телесных ощущений (ВТО); 2) категоризация внутренних телесных ощущений как испытанных, важных и опасных. Интернет-зависимые подростки склонны игнорировать любые интенсивные телесные ощущения, так как зачастую не имеют опыта проживания смены эмоций в теле. Согласно результатам по опроснику ПДО, в группе интернет-зависимых подростков, по сравнению с контрольной группой, значимо чаще встречаются такие типы акцентуаций, как астено-невротический ($p=0,017$), интровертированный ($p=0,003$) и возбудимый ($p=0,0003$).

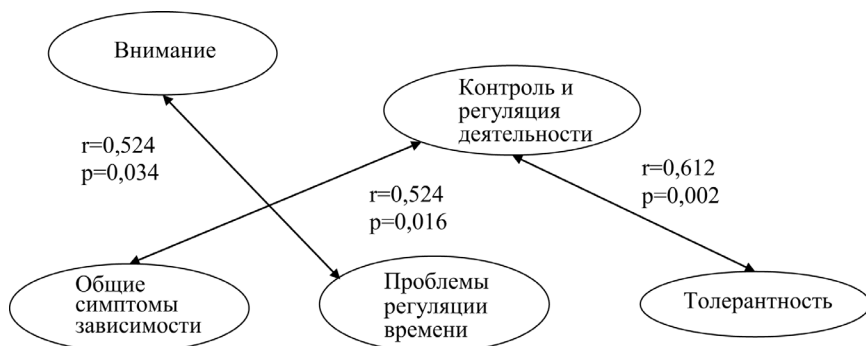


Рис. 2. Корреляционные связи симптомов зависимости и нейropsychологических нарушений для всей выборки подростков

Показатели эмоционального интеллекта (по методике диагностики эмоционального интеллекта Мэйера—Сэловея—Карузо) интернет-зависимых подростков значимо ниже, по сравнению с подростками контрольной группы: в секции А «Измерение восприятия лиц» ($p=0,002$), секции Е «Измерение восприятия картинок» ($p=0,027$), а также по сумме баллов по всем шкалам ($p=0,004$). Обнаружено (по опроснику оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R), что интернет-зависимость у подростков сопровождается различными психопатологическими симптомами: обсессивности—компульсивности ($p=0,001$), межличностной сензитивности ($p=0,024$) и депрессии ($p=0,005$), значительно превышающими таковые в контрольной группе. Кроме этого, выявлены значимые различия по общему показателю симптоматического дистресса (PSDI) ($p=0,034$).

Со стороны социально-психологической адаптации (методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерса—Даймонд) подростки с интернет-зависимостью (табл. 2) характеризуются более низким уровнем способности к адаптации в обществе. В частности, они имеют значительные затруднения в реализации собственных мотивов при столкновении с противоречащими, по их мнению, социальными нормами и правилами.

Результаты по отдельным шкалам методики диагностики социально-психологической адаптации Роджерса—Даймонд представлены на рис. 3.

Выявлено, что у подростков с интернет-зависимостью, по сравнению с условно здоровыми, достоверно более высокие показатели по шкалам неприятия себя и других, эмоционального дискомфорта,

Таблица 2

**Сравнительный анализ интегральных показателей
 социально-психологической адаптации и дезадаптации в группах
 подростков с интернет-зависимостью и условно здоровых**

Шкала социально-психологической адаптации	Подростки с интернет-зависимостью М (SD)	Условно здоровые подростки М (SD)	p
Адаптивность	119,9 (20,86)	134,4 (23,94)	0,023
Дезадаптивность	129,6 (30,83)	80,85 (19,83)	0,000

Примечание: М — среднее; SD — стандартное отклонение.

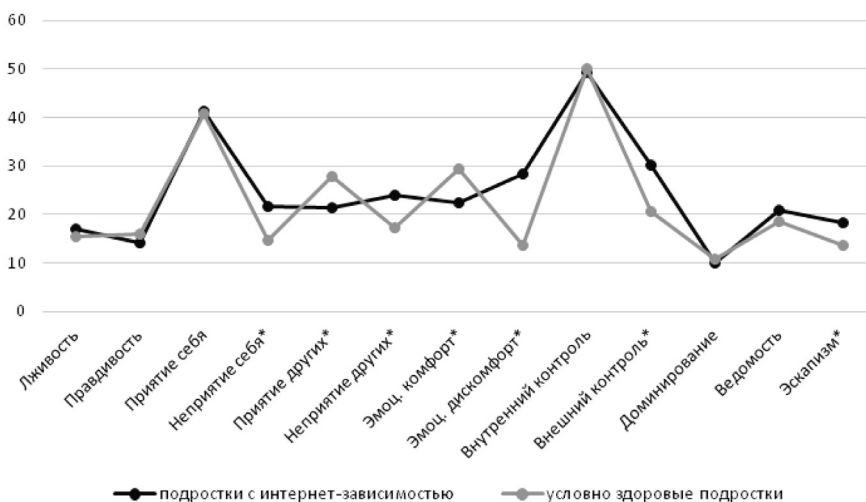


Рис. 3. Результаты сравнения по шкалам социально-психологической адаптации между группами подростков с интернет-зависимостью и условно здоровых

внешнего контроля и эскапизма; и достоверно более низкие показатели по шкалам адаптивности, принятия других и эмоционального комфорта.

Кластерный анализ с помощью метода k-средних, с предположением 2 кластеров, позволил выделить переменные, которые вносят наиболее значимый вклад в разделение группы интернет-зависимых подростков на две подгруппы. Это показатели психопатологических симптомов, нейропсихологические особенности, характерологические свойства (гипертимность, дистимность, возбудимость), социально-психологические характеристики, показатели эмоционального интеллекта, особенности телесности (табл. 3).

Таблица 3

Кластерный анализ результатов исследования психологических особенностей подростков с интернет-зависимостью (показатели, вносящие больший вклад в формирование кластера)

Шкалы	Кластер А N=67	Кластер Б N=33	p
Общий балл интернет-зависимости	66,810	59,875	0,013
Межличностная сензитивность	1,412	1,050	0,025
Враждебность	1,331	0,793	0,003
Фобическая тревожность	0,785	0,311	0,022
Психотизм	0,914	0,487	0,031
Внимание	4,103	3,750	0,020
Гипертимность	15,000	18,375	0,018
Дистимность	11,534	15,000	0,002
Возбудимость	15,206	18,375	0,001
Адаптивность	110,172	120,000	0,001
Неприятие себя	20,793	117,000	0,000
Принятие других	18,931	65,000	0,000
Непринятие других	24,827	18,000	0,000
Эмоциональный комфорт	18,982	13,000	0,000
Эмоциональный дискомфорт	32,689	42,000	0,000
Внутренний контроль	50,448	12,000	0,000
Ведомость	20,224	28,000	0,000
Эскапизм	17,965	13,000	0,000
Понимание протекания эмоций во времени	6,758	8,375	0,002
Способность к описанию собственных эмоциональных состояний	6,172	4,875	0,002
Способность различать смешанные и сложные чувства	5,948	7,750	0,003
Важные и значимые ощущения	23,293	24,375	0,027
Общее количество интрацептивных ощущений	47,793	49,250	0,037

В соответствии с полученными данными было выделено две модели формирования зависимости от сети Интернет в подростковом возрасте, которые наглядно представлены на рис. 4 и 6.

На рис. 5 представлена схема аддиктивного цикла, демонстрирующая каким образом формируется интернет-зависимость в кластере А. Подростки с нейропсихологическими нарушениями, зачастую имеющие в анамнезе СДВГ в детском возрасте, выбирают онлайн-игры, как эффек-



Рис. 4. Модель формирования интернет-зависимости в подростковом возрасте кластер А

тивный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус. Это позволяет им реализовать потребность в достижении удовольствия, но, с другой стороны, приводит к истощению, обостряя трудности с концентрацией внимания, регуляцией и контролем деятельности.

Для подростков из кластера Б характерен другой механизм — акцентуированность черт характера мешает адаптироваться в социуме и снижает их коммуникативные способности (рис. 6).

Согласно данным ранее проведенного нами исследования ценностно-смысловой сферы подростков с интернет-зависимостью [5], они характеризуются преобладанием гедонистической мотивации по отношению к миру. Такие подростки имеют завышенные ожидания в отношении материального обеспечения, дружбы и близких отношений, при этом инструментальные ценности для обеспечения этих ожиданий у них отсутствуют или не являются доминирующими. Интернет-среда, в свою очередь, предоставляет многообразие способов для реализации гедонистической направленности, но, в тоже время, еще больше снижает адаптацию в реальном мире. Можно предположить, что и сам мотив использования сети Интернет для подростков данного кластера является скорее гедонистическим, нежели атарактическим или мотивом гиперактивации.

Ниже представлен цикл формирования интернет-зависимости у подростков этой группы (кластер Б) (рис. 7).

На основании полученных результатов были разработаны два варианта программ психологической коррекции интернет-зависимости у подростков.



Рис. 5. Цикл формирования интернет-зависимости у подростков при наличии нейропсихологических нарушений



Рис. 6. Модель формирования интернет-зависимости в подростковом возрасте: кластер Б



Рис. 7. Цикл формирования интернет-зависимости при высокой выраженности акцентуированных черт характера

Программы психокоррекции интернет-зависимости у подростков

В качестве мишеней психологической коррекции нами были выбраны ведущие факторы, связанные с формированием интернет-зависимости. В соответствии с иерархическим кластерным анализом выделены 2 ведущих фактора: 1) нейропсихологический профиль, свидетельствующий о функциональных нарушениях первого и третьего блоков мозга; 2) характерологические особенности, связанные с дезадаптивными паттернами поведения.

В качестве концептуальных основ разработки коррекционной программы были использованы концепция замещающего онтогенеза, основы телесно ориентированной терапии, гештальт-терапии и КБТ для коррекции зависимого поведения.

В рамках первой программы в структуру психологической коррекции включена работа с нейропсихологическими особенностями: восстановление тонуса и активации, а также формирование функции контроля и регуляции деятельностью (группа 1). Вторая программа опирается на

коррекцию выраженности акцентуированных черт и эмоционального интеллекта (группа 2).

В группе 1 проводилась психокоррекционная программа № 1 — комплексная коррекция интернет-зависимости — нейропсихологическая коррекция, развитие телесности, эмоционального интеллекта, коммуникативных навыков, тайм-менеджмент.

В группе 2 проводилась психокоррекционная программа № 2 — коррекция дезадаптивных паттернов поведения — развитие эмоционального интеллекта, формирование навыков разрешения конфликтов, коммуникативных навыков, тайм-менеджмент.

Группа 3 (контрольная) посещала психообразовательные лекции «Интернет-зависимость, признаки и способы профилактики»

Методика и технология реализации. Психокоррекционные программы для групп 1 и 2 рассчитаны на 16 тренинговых занятий, продолжительностью 1,5 часа. Частота встреч — 2 раза в неделю. Тренинговая форма работы подразумевает численность участников группы не более 15 человек, в связи с чем каждая группа была поделена на подгруппы по 15 человек, занятия проводились в одни и те же дни в разное время. Лекции для контрольной группы проводились 1 раз в неделю (всего 4 лекции).

Спустя 2 недели после проведения программ коррекции при повторном тестировании (по данным методик «Шкала интернет-зависимости» Чен и Роджерса—Даймонд) было выявлено, что для кластера 2 (группа подростков с преобладанием акцентуаций и снижением эмоционального интеллекта) одинаково эффективны обе программы. Тогда как для группы с нейропсихологическими нарушениями программа № 2 оказалась менее эффективной. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 4.

Оценка результативности представленных программ коррекции подтверждает, что сенсомоторная коррекция, направленная на восстановление тонуса психической деятельности и формирование компенсаторных механизмов регуляции деятельности, позволяет эффективнее восстанавливать социальную адаптацию подростков с интернет-зависимостью, развивающейся на фоне нейропсихологических нарушений. Для подростков без нейропсихологических нарушений обе программы оказались одинаково эффективны.

Обсуждение результатов

Выявлено, что среди подростков с интернет-зависимостью, по сравнению с условно здоровыми подростками, значимо выражены различ-

Таблица 4
Анализ различий показателей интернет-зависимости и социальной адаптации (опросник Роджерса — Даймонд) для двух кластеров до и после проведения коррекционных программ

Кластеры	CIAS	CIAS	Общий показатель интернет-зависимости после программы коррекции M±SD	Адаптивность до программы коррекции M±SD	Адаптивность после программы коррекции M±SD	Деадаптивность до программы коррекции M±SD	Деадаптивность после программы коррекции M±SD	Значимость различий (p) — Т-критерий Уилоксона
	Общий показатель интернет-зависимости до программы коррекции M±SD	Общий показатель интернет-зависимости до программы коррекции M±SD	Программа № 1	Программа № 1	Программа № 1	Программа № 1	Программа № 2	
Кластер 1	54±1,39	34±2,51*	119,9±5,8	134,4±4,9*	129,6±5,8	80,85±9,8*	p1-p2=0,006 p3-p4=0,024 p5-p6=0,000	
Кластер 2	52±2,54	35±1,33*	129,9±3,4	130,0±4,7*	130,3±7,8	76,44±7,3*	p1-p2=0,005 p3-p4=0,03(3) p5-p6=0,001	
Кластер 1	54±1,39	50±9,32	119,9±5,8	129,4±3,6	129,6±5,8	120,77±5,3	p1-p2=0,073 p3-p4=0,07(7) p5-p6=0,126	
Кластер 2	52±2,54	36±2,14*	129,9±3,4	136,0±2,7*	130,3±7,8	80,35±9,4*	p1-p2=0,000 p3-p4=0,005 p5-p6=0,000	

Примечание: М — среднее; SD — стандартное отклонение, * — $p \leq 0,05$.

ные нейропсихологические нарушения, отражающие функциональную слабость межполушарных комиссур, левой передней доли, и первого блока мозга. Все это увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, вызывая повышенную утомляемость и снижение социально-психологической адаптации. Основные симптомы интернет-зависимости положительно коррелируют с показателями нейропсихологических нарушений, что отражает их значимость в формировании зависимости. Подобные данные приводят и другие исследователи [15; 16; 18].

Среди интернет-зависимых подростков, по сравнению с контрольной группой, значимо чаще встречаются акцентуированные черты характера. Эмоциональный интеллект интернет-зависимых подростков значимо ниже, чем у подростков контрольной группы, что затрудняет развитие коммуникативных навыков и социально-психологическую адаптацию, способствуя их бегству в виртуальный мир.

Подростки с интернет-зависимостью характеризуются более низким уровнем приспособленности к существованию в обществе. Высокие показатели по шкале дезадаптации отражают незрелость личности, различные невротические отклонения, дисгармонию в сфере принятия решения, способствуя избеганию проблемных ситуаций и уходу от них в интернет-пространство.

Интернет-зависимость у подростков сопровождается определенными психопатологическими нарушениями: межличностной сензитивностью, обсессивностью—компульсивностью, симптомами депрессии и высокими показателями симптоматического дистресса. При этом в основной и контрольной группах не обнаружено значимых различий по симптоматическому ряду тревожности. Мы предполагаем, что это связано с наличием интернет-зависимого поведения, которое снижает тревожность до тех пор, пока подросток имеет доступ к Сети. Выявленные симптомы являются, скорее, транзиторным следствием наличного психического дистресса, нежели признаком устойчивых психопатологических нарушений.

Анализ имеющихся данных позволил выделить два различных кластера среди интернет-зависимых подростков. В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся атактическим мотивом использования Интернета, наличием нейропсихологических нарушений, истощаемостью, астеничностью, дефицитом контроля, скудным словарем для описания телесных ощущений, оцениваемых как опасные, высоким индексом симптоматического дистресса и межличностной сензитивности, низким показателем социально-психологической адаптации. К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки с преобладанием гедонистического мотива пребывания в сети Интернет (использующие преимущественно онлайн игры), акцентуацией характера по возбудимому, гипертимному и демонстративному типу, повы-

шенной импульсивностью, низким эмоциональным интеллектом, более богатым словарем интрацептивных ощущений, высокими показателями депрессивной, обсессивно-компульсивной симптоматики и враждебности, высоким показателем социально-психологической дезадаптации. Следует отметить, что значение контроля эмоций, повышенной импульсивности в формировании интернет-аддикций отмечается и в ряде других исследований [17; 20].

На основании полученных данных выделены и описаны различные психологические механизмы формирования интернет-зависимости.

Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают онлайн игры, как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус. Это позволяет им реализовать потребность в достижении удовольствия, но, с другой стороны приводит к истощению, обостряя трудности с концентрацией внимания, регуляцией и контролем деятельности. Таким образом, подростки с интернет-зависимым поведением могут использовать Интернет как способ поддержки активности и концентрации внимания, однако это приводит к еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к играм онлайн, тем самым формируя порочный аддиктивный цикл.

Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, в то же время Интернет-среда, предоставляя многообразие способов для реализации гедонистической направленности, одновременно еще больше снижает их адаптацию в реальном мире. Постоянное влечение к новизне у данной группы подростков и ненасыщаемая потребность в привлечении внимания подталкивают их к игровой деятельности в Сети. В свою очередь, онлайн-игры, как один из используемых видов деятельности в Сети, стимулируют систему награды, обеспечивая столь необходимое удовольствие. Кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость все чаще обращаться к игре, тем самым формируя патологический аддиктивный цикл.

На основе особенностей психологических механизмов формирования интернет-зависимости разработана дифференцированная программа психологической коррекции интернет-зависимости у подростков: для интернет-зависимых подростков с нейропсихологическими нарушениями более эффективной является программа, которая включает в себя нейропсихологическую коррекцию и техники релаксации, а также формирование навыков понимания и регуляции эмоций, коммуникативных навыков и навыков разрешения конфликтных ситуаций. Для интернет-зависимых подростков с преобладанием дезадаптивных черт характера более показана, в связи с ее краткосрочностью, программа формирования навыков понимания и регуляции эмоций, коммуникативных навыков и навыков разрешения конфликтных ситуаций.

Выводы

1. Формирование интернет-зависимости у подростков имеет многофакторный генез. Ведущими биологическими и характерологическими предикторами формирования интернет-аддикции являются нейрорпсихологические нарушения, акцентуированные черты характера, недостаточная развитость эмоционального интеллекта, особенности телесной сферы.

2. Различная значимость указанных факторов в формировании интернет-зависимости у подростков определяет различные варианты психологических механизмов возникновения интернет-аддикции у подростков.

3. Различия психологических механизмов формирования интернет-зависимости у подростков обуславливают дифференцированные подходы к психологической коррекции данного вида аддикции.

4. Разработанная программа дифференцированной психологической коррекции интернет-зависимости у подростков доказала свою эффективность.

Таким образом, формирование интернет-зависимости у подростков имеет многофакторный генез. Значимый вклад в формирование интернет-аддикции, недооцененный до настоящего времени, вносят нейрорпсихологические нарушения, в частности несформированность префронтальных отделов ЦНС. Различные варианты психологических механизмов формирования интернет-аддикции у подростков обуславливают дифференцированные подходы к ее психологической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Войскунский А.Е.* Концепции зависимости и присутствия применительно к поведению в Интернете [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 02.06.2020).
2. *Егоров А.Ю.* Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 02.06.2020).
3. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики: учебное пособие // Под ред. В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова, А.С. Искандировой и др. М.: Изд-во МГМСУ, 2011. 32 с.
4. *Кардашьян Р.А.* Компьютерная игровая зависимость у учащихся общеобразовательных учреждений. М.: Изд-во РУДН, 2018. 286 с.
5. *Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.Б. и др.* Особенности ценностных ориентаций у подростков с интернет-зависимым поведением [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.07.2020).

6. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Краснов И.О. Нейропсихологические особенности как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.07.2020).
7. Осницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2004. № 1. С. 43—56.
8. Серяенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера—Сэловея—Карузо (MSCEIT V2.0) [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2009. № 6 (8). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.06.2020).
9. Сибиль С.И., Подмазин Е.И. Как помочь подростку с «трудным» характером. Киев: Перспектива, 1996. 160 с.
10. Симерницкая Э.Г. Методика экспресс-диагностики «Лурия-90» М.: Знание, 1991. 48 с.
11. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: ИП РАН, 2009. 302 с.
12. Тхостов А.Ш., Елианский С.П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. М.: Изд-во МГУ, 2000. 67 с.
13. Brand M., Laier C., Young K. Internet Addiction: Coping styles, expectancies, and treatment implications [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2014. Vol. 5. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01256/full> (дата обращения: 11.05.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2014.01256
14. Cheng C., Li A.Y. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014. Vol. 17 (12). P. 755—760. DOI:10.1089/cyber.2014.0317
15. Cimino S., Cerniglia L.A. Longitudinal study for the empirical validation of an etiopathogenetic model of internet addiction in adolescence based on early emotion regulation // *BioMed Research International*. 2018. Vol. 2018. P. 135—143. DOI:10.1155/2018/4038541
16. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from ADHD attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity) // *Development & Psychopathology*. 2005. Vol. 17. P. 807—825. DOI:10.1017/S0954579405050388
17. Ha J.H., Yoo H.J., Cho I.H. Psychiatry comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. Vol. 67 (5). P. 821—826. DOI:10.4088/JCP.v67n0517
18. Hong S.B., Zalesky A., Cocchi L. et al. Decreased functional brain connectivity in adolescents with internet addiction // *PLoS One*. 2013. Vol. 8 (2). P. 65—69. DOI:10.1371/journal.pone.0057831
19. Internet addiction in children and adolescents: risk factors, assessment, and treatment / K.S. Young, C.N. de Abreu (eds.). New York: Springer Publishing Company, 2017. 305 p.
20. Kuss D.J., Griffiths M.D., Binder J.F. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors // *Computers in Human Behavior*. 2013. Vol. 29 (3). P. 959—966. DOI:10.1016/j.chb.2012.12.024

21. Michal M., Duven E., Giralt S. et al. Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12–18 years in Germany // *Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology*. 2015. Vol. 50 (6). P. 995–1003. DOI:10.1007/S00127-014-0957-2
22. Torres-Rodríguez A., Griffiths M.D., Carbonell X. The treatment of Internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program // *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2018. Vol. 16 (4). P. 1000–1015. DOI:10.1007/s11469-017-9825

REFERENCES

1. Voiskunskii A.E. Kontseptsii zavisimosti i prisutstviya primenitel'no k povedeniyu v Internete [Concepts of addiction and presence in applies with Internet behavior] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2015, no. 4 (33). Available at: <http://mprj.ru> (Accessed 02.06.2020).
2. Egorov A.Yu. Sovremennyye predstavleniya ob internet-addiktsiyakh i podkhodakh k ikh korrektsii [Modern interpretation of Internet addiction and corrections] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2015, no. 4 (33). Available at: <http://mprj.ru> (Accessed 02.06.2020).
3. Internet-zavisimoe povedenie. Kriterii i metody diagnostiki: uchebnoe posobie [Internet-addiction. Diagnostic criteria and methods: manual]. Moscow: MGMSU Publ., 2011. 32 p.
4. Kardash'yan R.A. Komp'yuternaya igrovaya zavisimost' u uchashchikhsya obshcheobrazovatel'nykh uchrezhdenii [Online gaming addiction in students of comprehensive schools]. Moscow: RUDN Publ., 2018. 286 p.
5. Malygin V.L., Merkur'eva Yu.A., Iskandirova A.B., i dr. Osobennosti tsennostnykh orientatsii u podrostkov s internet-zavisimym povedeniem [Specific features of value orientations in adolescents with internet addictive behavior] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2015, no. 4 (33). Available at: <http://mprj.ru> (Accessed 11.07.2020).
6. Malygin V.L., Merkur'eva Yu.A., Krasnov I.O. Neiropsikhologicheskie osobennosti kak faktory riska formirovaniya internet-zavisimogo povedeniya u podrostkov [Neuropsychological traits as risk factor of internet addiction in adolescents] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2015, no. 4 (33). Available at: <http://mprj.ru> (Accessed 11.07.2020).
7. Osnitskii A.K. Opredelenie kharakteristik sotsial'noi adaptatsii [Definition of characteristics to social adaptation]. *Psikhologiya i shkola = Psychology and School*, 2004, no. 1, pp. 43–56.
8. Sergienko E.A., Vetrova I.I. Emotsional'nyi intellekt: russkoyazychnaya adaptatsiya testa Meiera—Seloveya—Karuzo (MSCEIT V2.0) [Emotional intelligence: Russian adaptation of Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence test (MSCEIT V2.0)] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*, 2009, no. 6 (8). Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 01.06.2020).
9. Sibii' S.I., Podmazin E.I. Kak pomoch' podrostku s "trudnym" kharakterom [How to help a difficult adolescent]. Kiev: Perspektiva, 1996. 160 p.
10. Simernitskaya E.G. Metodika ekspres-diagnostiki "Luriya-90" [Express-diagnostic method "Luria-90"]. Moscow: Znanie, 1991. 48 p.
11. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa [Psychology of posttraumatic stress]. Moscow: IP RAN, 2009. 302 p.

12. Tkhostov A.Sh., Elshanskii S.P. Metodicheskoe posobie po primeneniyu testa “Vybor deskriptorov intratsheptivnykh oshchushchenii” dlya issledovaniya osobennosti verbalizatsii vnutrennego opyta [“Descriptors of introspective sensations choice” Test Manual: Verbalization features of internal experience examination]. Moscow: MGU Publ., 2000. 67 p.
13. Brand M., Laier C., Young K. Internet Addiction: Coping styles, expectancies, and treatment implications [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2014. Vol. 5. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01256/full> (Accessed 11.05.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2014.01256
14. Cheng C., Li A.Y. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2014. Vol. 17 (12), pp. 755–760. DOI:10.1089/cyber.2014.0317
15. Cimino S., Cerniglia L.A. Longitudinal study for the empirical validation of an etiopathogenetic model of internet addiction in adolescence based on early emotion regulation. *BioMed Research International*, 2018. Vol. 2018, pp. 135–143. DOI:10.1155/2018/4038541
16. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from ADHD attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development & Psychopathology*, 2005. Vol. 17, pp. 807–825. DOI:10.1017/S0954579405050388
17. Ha J.H., Yoo H.J., Cho I.H. Psychiatry comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006. Vol. 67 (5), pp. 821–826. DOI:10.4088/JCP.v67n0517
18. Hong S.B., Zalesky A., Cocchi L., et al. Decreased functional brain connectivity in adolescents with internet addiction. *PLoS One*, 2013. Vol. 8 (2), pp. 65–69. DOI:10.1371/journal.pone.0057831
19. Young K.S., de Abreu C.N. (eds.). Internet addiction in children and adolescents: risk factors, assessment, and treatment. New York: Springer Publishing Company, 2017. 305 p.
20. Kuss D.J., Griffiths M.D., Binder J.F. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 2013. Vol. 29 (3), pp. 959–966. DOI:10.1016/j.chb.2012.12.024
21. Michal M., Duven E., Giralt S., et al. Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12–18 years in Germany. *Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology*, 2015. Vol. 50 (6), pp. 995–1003. DOI:10.1007/S00127-014-0957-2
22. Torres-Rodríguez A., Griffiths M.D., Carbonell X. The treatment of Internet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2018. Vol. 16 (4), pp. 1000–1015. DOI:10.1007/s11469-017-9825

Информация об авторах

Малыгин Владимир Леонидович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический универ-

ситет имени А.И. Евдокимова» (ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>, e-mail: malyginvl@yandex.ru

Меркурьева Юлия Александровна, преподаватель кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» (ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>, e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

Information about the authors

Vladimir L. Malygin, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Chair of Psychological Counseling and Psychotherapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>, e-mail: malyginvl@yandex.ru

Yulia A. Merkurieva, Lecturer, Chair of Psychological Counseling and Psychotherapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-6708>, e-mail: juliamerkurieva@gmail.com

Получена 20.01.2020

Received 20.01.2020

Принята в печать 30.07.2020

Accepted 30.07.2020

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ WORKSHOP AND METHODS

ЭКОНОМИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ

В.А. АБАБКОВ

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1925-8397>,
e-mail: valababkov@mail.ru

Приводятся результаты анализа современных представлений об экономичности психотерапии. Данная проблематика не получила должного внимания в отечественных публикациях, несмотря на ее большую практическую важность, и представлена преимущественно работами зарубежных авторов. Рассмотрены два общих понятия: эффективности (или количественной успешности — efficiency) и равноправия (equity). В практике оценки научных исследований в области психотерапии различают эффект психотерапии (efficacy of therapy) — результаты, достигаемые в опытных психотерапевтических исследованиях; ее клиническую (качественную) эффективность (clinical effectiveness) — результат психотерапии в повседневной практике; понятие рентабельности, которое применяется в качестве критерия проверки на практике — она характеризует расходы, необходимые для достижения цели. Также следует учитывать затраты. Дополнительно выделяют специальный коэффициент — поступательный коэффициент стоимости-эффективности.

Ключевые слова: экономичность психотерапии, эффективность, равноправие, клиническая эффективность, рентабельность, затраты, стоимость-эффективность.

Для цитаты: Абабков В.А. Экономичность психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 164—177. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280310>

ECONOMICS OF PSYCHOTHERAPY

VALENTIN A. ABABKOV

Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1925-8397>,

e-mail: valababkov@mail.ru

The paper reports the results of the analysis of modern notions about the economics of psychotherapy. Despite its great practical significance, this issue is insufficiently represented in Russian publications, arising mostly in foreign works. We consider two general concepts: efficiency and equity. The practice of research evaluation in psychotherapy distinguishes between (a) the efficacy of therapy — results of empirical psychotherapeutic research; (b) clinical (qualitative) effectiveness of therapy — results of psychotherapy in everyday practice; and (c) the notion of cost-effectiveness — a practical criterion; it characterizes the expenses for the achievement of a goal. Other expenses also ought to be taken into consideration. Additionally, we mark out progressive cost-effectiveness as a separate coefficient.

Keywords: economics of psychotherapy, efficiency, equity, clinical effectiveness, cost-effectiveness, expenses, progressive cost-effectiveness.

For citation: Ababkov V.A. Economics of Psychotherapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 164—177. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280310>. (In Russ., abstr. in Engl.)

В нашей стране в специальной литературе по психотерапии преимущественно представлены работы, посвященные техникам методов психотерапии, реже — их эффективности и совсем редко — экономичности. На сегодняшний день эти вопросы не получили должного рассмотрения. Однако именно экономичность метода должна определять его широкое практическое применение, конечно, при учете других показаний к применению, связанных с критериями научного обоснования метода [2; 4; 5]. Поэтому требуется анализ современных представлений об экономичности психотерапии для оценки ее роли в отношениях методологии отечественных исследований и доказательной практики психотерапии.

Состояние проблемы экономичности психотерапии

Литературный тематический поиск не только отечественных, но и зарубежных источников за последние 5 лет не привел к удовлетворительному результату. Если не учитывать очень косвенные в отношении экономичности психотерапии работы, указывающие на эффектив-

ность отдельных методов психотерапии при отдельных расстройствах, то статей и монографий в этом плане не обнаружено. Поиск касался отечественных статей в монографиях и следующих ведущих журналах: «Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова», «Психологический журнал», «Вопросы психологии», «Консультативная психология и психотерапия», «Вестник психотерапии», «Психологическая наука и образование», «Культурно-историческая психология»; «*American journal of psychotherapy*», «*British journal of psychotherapy*», «*Journal of psychotherapy integration*», «*Psychological assessment*», «*Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*».

Наиболее глубокий и серьезный труд в изучаемой области был опубликован восемь лет назад, в 2012 г. в виде коллективной монографии «*Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*» под редакцией П. Стурмей (*P. Sturme*) и М. Херсен (*M. Hersen*) [11]. В ней приводятся определения многих понятий, в том числе связанных с экономичностью психотерапии, ее влиянием на реализацию основанной на научных доказательствах практики психотерапии при различных психических расстройствах. В частности, в первой части, посвященной основополагающим вопросам, содержится статья о проблемах профессионального тренинга в основанной на доказательствах клинической психологии и путях их решения [6]. Во второй части имеются научные данные об основанной на доказательствах практике психотерапии при всех психических расстройствах: деменции, зависимостях, шизофрении, аффективных расстройствах, панических, обсессивно-компульсивных, соматоформных расстройствах, расстройствах личности и др. [13; 15]. Для каждого расстройства приведены обзорные данные, экспериментальный дизайн, метааналитические обзоры по применяемым методам и направлениям психотерапии, по предотвращению рецидивов, сочетанному лечению и делается общее заключение по основанной на доказательствах практике психотерапии.

Дополнительный и более широкий поиск за более ранний период показал следующее. «*American Journal of Psychiatry*», начиная с 1992 г., опубликовал редкие заметки читателей, рецензии на монографии и статьи по тематике, связанной с экономичностью психотерапии. Наиболее содержательными из них являются нижеприведенные.

Анализ стоимости—эффективности определен в 1992 г. Дж.Л. Крупник (*J.L. Krupnick*) и Х.А. Пинкус (*H.A. Pincus*) как техника сравнения стоимости и эффектов определенной программы или вмешательства в случаях, в которых стоимость и эффекты определялись разными методами [16]. Стоимость обычно выражается в денежном содержании, а эффекты — в других единицах. Г.О. Габбарт (*G.O. Gabbard*) с коллегами в 1997 г. исследовали влияние психотерапии на стоимость лечения пси-

хических расстройств. На основе анализа статей за 1984—1994 гг. они пришли к следующим результатам: 80% рандомизированных и 100% не рандомизированных исследований показали уменьшение стоимости лечения после применения психотерапии при шизофрении, биполярном аффективном расстройстве и пограничном расстройстве личности.

В монографии под редакцией Д. Шпигеля (*D. Spiegel*), опубликованной в 1999 г., были рассмотрены вопросы эффекта и стоимости—эффективности в отношении лечения посттравматического стрессового расстройства, пограничного расстройства личности, психозов, психиатрических аспектов общих заболеваний с применением психотерапии [7].

К дополнительным, более общим источникам изучаемых вопросов можно отнести монографии: А. Рота (*A. Roth*) и П. Фонаги (*P. Fonagy*) [24], подробно разобравших понятия оценки эффективности психотерапии, того, какие методы психотерапии более эффективны (значит и менее затратны) при различных расстройствах; Дж.О. Прохазки (*J.O. Prochaska*), Дж.С. Норкросса (*J.C. Norcross*) и С.С. ДиКлемементе (*C.C. DiClemente*) [20], предложивших оригинальные подходы для повышения эффективности психотерапии в зависимости от стадии изменений пациента, а также статью автора на русском языке [1].

Серьезным и крупным трудом в этой области считается книга, подготовленная С.Г. Лазара (*S.G. Lazar*) [21], в которой вновь подчеркивается огромная потребность в исследованиях стоимости-эффективности в психотерапии, прежде всего, психических расстройств. Например, сообщается, что существует явный дефицит исследований и публикаций об экономичности психотерапии, тогда как в США лечение только тревожных расстройств обходилось в 46,6 миллиарда долларов в год. В краткой и положительной рецензии на книгу Лазара говорится о тяжком грузе психических расстройств для любой страны, выражающемся в прямых и непрямых затратах специальных учреждений и государства [18]. Эффективные по затратам специальные службы, связанные с психотерапией, могут принести ощутимый экономический эффект. По мнению автора рецензии, немедикаментозные вмешательства следует стандартизировать, обеспечивать соответствующими руководствами и финансово поддерживать, с чем трудно не согласиться.

Даже психоаналитически ориентированные специалисты, пусть в более общем виде, но обращают внимание на важность оценки стоимости-эффективности соответствующего метода психотерапии [8]. Большой вклад в создание более эффективной и экономичной психотерапии внесли известные специалисты М.Дж. Ламберт (*M.J. Lambert*) и Дж.С. Норкросс (*J.C. Norcross*). Первый из них подготовил монографию по предотвращению неудач в лечении, связанном с психотерапией [17]. Второй был редактором коллективной монографии о психотерапевти-

ческих отношениях, которые «работают» (приносят положительный результат) [22]. Оба труда, особенно второй, опираются на основанную на доказательствах психотерапию и, несомненно, способствуют экономичности психотерапии.

Конечно, помимо англоязычной литературы существуют (еще более редкие по рассматриваемой тематике) источники на других иностранных языках. Так Б. Пушнер (*B. Puschner*), С. Крафт (*S. Kraft*) в 2008 г. подготовили статью о стоимости-эффекте методов психотерапии на немецком языке [23]. В ней сообщается о внебольничной психотерапии 122 пациентов, с учетом двухлетнего наблюдения, сравнении психодинамической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Незначительные преимущества имела последняя. Разработана методика оценки стоимости-эффекта психотерапии. Также нельзя забывать о революционной для судьбы психотерапии немецкоязычной монографии К. Граве (*K. Grawe*), Р. Донати (*R. Donati*), Ф. Бернауэр (*F. Bernauer*) [10], в которой содержится множество исследований по сравнительной, высоконаучной оценке эффективности разнообразных методов психотерапии с указанием критериев отбора.

Цель данной публикации состоит в теоретико-методологическом рассмотрении вопросов экономичности психотерапии, представленных преимущественно зарубежными авторами.

Ключевые понятия и проблемы при оценке экономичности психотерапии

В разных странах созданы различные системы финансирования здравоохранения в области психического здоровья. Вне зависимости от системы финансирования, средств никогда не бывает достаточно для удовлетворения всех потребностей в этой области. В связи с таким недостатком выбор должен осуществляться на основе лучшего использования ресурсов. При этом необходимо решение следующих вопросов. Стоит ли делать большой вклад в подготовку клинических психологов или увеличивать бюджет на медикаментозную терапию? Что должно иметь приоритет: разнообразие специалистов или увеличение числа лечебных сессий? Какие инвестиции для широкого круга лечебных стратегий должны быть первоочередными, преимущественными при определенных расстройствах? Следует ли ограничивать длительность и частоту лечебных занятий с определенными пациентами для расширения круга лечебных программ у первичных пациентов? Следует ли применять групповую терапию, которая иногда менее оптимальна для определенного пациента, или лечить индивидуально, что нередко редуцирует

лишь отдельные симптомы при более дорогостоящей индивидуальной терапии по сравнению с групповой? Могут возникать и другие вопросы. Ни один из вопросов не является в первую очередь экономическим, но все они связаны с недостаточностью ресурсов обеспечения. Важно понимать, что поставленные вопросы касаются вида ресурсов и того, какие потребности являются профилактическими или лечебными, насколько они идентифицируемы и как часты. Все это касается и экономики, в частности взаимоотношений между используемыми ресурсами, службами их обеспечения, результатом для индивида, семьи и общества [14].

Следовательно, все лица, которые принимают решения (в диапазоне от тех, кто контролирует центральный бюджет, до обеспечивающих обслуживание пациентов), нуждаются в ясном понимании основ, обеспечивающих выбор того или иного решения. В настоящее время идет поиск основанных на доказательствах подходов как в политике обоснования, так и практике финансового обеспечения, поэтому при осознании скудности ресурсов следует привлекать для принятия решений различные, связанные с ресурсами критерии. Таковыми могут являться максимально эффективные терапевтические воздействия при реально возможных ресурсах, интеграция большего числа пациентов с долговременными психическими проблемами в русло социальной жизни, расширенный и равноправный доступ к эффективной терапии, повышение ясности в размере оплаты, которая требуется от человека для обеспечения его лечения, повышение целенаправленности необходимых служб на нужные потребности.

Такие, связанные с ресурсами, критерии можно обобщить (в соответствии с терминологией, принятой в англоязычной специальной литературе) в виде двух понятий: эффективности (или количественной успешности — *efficiency*) и равноправия (*equity*) [11].

Эффективность означает достижение максимального эффекта в предоставлении служб обеспечения или лучших достигаемых исходов, касающихся реализации потребностей, смягчения симптомов, улучшения качества жизни при особом объеме бюджета или фиксированном числе лечебных сессий в неделю. Например, можно улучшить эффективность, если скорректировать излишек контролирующих, управляющих лиц, малоэффективную комбинацию ресурсов, неверное соотношение между более простыми, но и более дешевыми методами психотерапии в сравнении с более сложными, но дорогостоящими, недостаток обеспечения социальной поддержкой, отсутствие точной целенаправленности в распределении ресурсов и др.

Равноправие определяется ясностью распределения доступности, оплаты и результатов между индивидами или группами общества. Большинство систем психического здоровья неравноправны. В них открыто не распределяются ни выгоды, ни тяготы. Вместо открытости, обнаружи-

вается влияние (осознанное или неосознанное) социальных, экономических и демографических характеристик. Доступность оплаты и применения основанного на доказательствах лечения зависит от пола, этнической принадлежности, возраста, языка, религии, уровня дохода, принадлежности к социоэкономической группе и места проживания. Проблема может заключаться и в точности понимания термина «ясность». Ясность противопоставлена неясности. Для большинства людей неясно, почему каждый представитель популяции имеет возможность получать одинаковую поддержку или объем лечения в системе психического здоровья, тогда как большинство людей не нуждаются в такой поддержке, а меньшая часть испытывают в этом значительную потребность. Ясность, в общем, не то же самое, что равное обеспечение потребностей. Равноправное распределение ресурсов сферы психического здоровья обычно означает преимущественное предоставление ресурсов людям с большей потребностью в них или тем, кто меньше способен оплачивать лечение по сравнению с людьми, обладающими высокими доходами.

Существуют другие проблемы, затрудняющие пользование услугами психического здоровья. Например, П.С. Ванг (*P.S. Wang*) с соавторами [25] сообщают, что только около 1/3 тех, кто мог бы получить выгоду от лечения тревоги, расстройств настроения и зависимостей, обращаются за официальной помощью. Это связано с давно известной, но не устраненной во всех странах мира проблемой стигматизации, связанной с психическим расстройством, убеждениями, что лечение необязательно будет эффективным (проблема комплаенса), или неясностью существования проблем для самого пациента. Также у многих пациентов существует низкий уровень идентификации потребностей. Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами (например, с шизофренией) лечатся чаще, чем лица с менее тяжелыми расстройствами (например, с умеренной депрессией). Оказывают влияние расовые и этнические различия. Группы меньшинств обычно имеют меньший доступ к высококвалифицированным специалистам. Для улучшения положения требуется планировать усилия по повышению осведомленности населения в сфере психических расстройств, уменьшению дискриминации, перераспределению финансирования и т. д. Конечно, разрешение сложностей связано, прежде всего, с наличием и распространенностью специальных служб. В сфере психотерапии таковыми являются службы клинических психологов и врачей-психотерапевтов. Дефицит подобных служб существует во всех странах мира, включая наиболее экономически развитые. Это является еще одним фактором необходимости правильной политики перераспределения средств и ресурсов.

В нашей стране в постсоветский период, в частности, в связи с открытием «рынка психотерапии», обострилась проблема отсутствия пре-

емственности лечения, особенно в области психотерапии, когда значительно расширился репертуар методов психотерапии, обострилась профессиональная конкуренция, но не нашли широкого применения известные критерии научности (прежде всего научной оценки эффективности) психотерапии [3; 5]. В связи с этим пациенты при оказании им амбулаторной (вне стационарной) и/или стационарной помощи при переходе из одного лечебного учреждения в другое или от одного специалиста к другому не получают последовательной, основанной на научных доказательствах психотерапии. Понятно, что такие пациенты оказываются в ситуации неоправданно длительного, часто противоречивого и малоэффективного лечения.

В современной научной литературе представлены и другие, уточняющие показатели, связанные с соотношением эффективности-экономичности [2]. В мировой практике оценки научных исследований в области психотерапии различают эффект психотерапии (*efficacy of therapy*) — результаты, достигаемые в опытных психотерапевтических исследованиях, и ее клиническую (качественную) эффективность (*clinical effectiveness*) — результат психотерапии в повседневной практике [11; 24]. При этом высказывается необходимость достижения высокой степени различных видов статистической валидности.

Существует также понятие рентабельности (эффективность затрат, соотношение затрат и результативности), характеризующее расходы, необходимые для достижения цели. Иногда это понятие применяется в качестве критерия проверки на практике. Различают две формы результативности: позитивную (например, в результате психотерапии достигается лучшая работоспособность и, тем самым, более высокий доход); и вследствие экономии средств (например, меньшее время пребывания в стационаре). Также следует учитывать затраты. Под затратами понимаются связанные с лечением денежные расходы (например, оплата психотерапии, затраты на лиц, оказывающих услуги, стоимость проезда для пациента, трудовые потери пациента во время лечения и др.).

В последнее время эффективность, проверенная в контролируемых исследованиях, была отграничена от оценки эффективности в практических условиях. Практическая пригодность, иногда ошибочно именуемая рентабельностью, есть существенный критерий оценки. Но практическая проверка не может быть осуществлена только в форме опросов для исследования мнения часто с недостаточной обратной связью. Скорее следует полагаться на всеобъемлющие практические исследования, которые будут удовлетворять современным методическим требованиям.

Лица, принимающие решения по рекомендации, лицензированию, применению определенного вмешательства в области психического здоровья, должны искать ответы на два основных вопроса. Первый: «Рабо-

тает ли вмешательство?». Если вмешательство эффективно в облегчении поведенческой, эмоциональной и/или когнитивной симптоматики и повышает качество жизни пациентов, то встает второй вопрос: «Стоит ли его применять?». Это означает, что вмешательство должно улучшать результат при допустимой стоимости. Последнее не имеет абсолютно значения, а оценивается в сравнении с тем, что может быть сделано в противном случае. Экономическая оценка определяется: сравнением двух или более методов терапии или политик вмешательства, включая применение плацебо; результативностью каждого из них, оцененной в смягчении симптоматики или повышении качества жизни; общей стоимостью каждого вмешательства с позиций ресурсов системы психического здоровья; сравнительной оценкой более широкого спектра вмешательств. Экономическая оценка реализуется различными способами, которые имеют много общего. В частности, они имеют общий подход к концептуализации, определениям и измерениям стоимости. Различные подходы к экономической оценке касаются обсуждения вопросов о соотношении адресной стоимости и эффективности, об измерении стоимости и эффективности, а также о взаимозависимости между ними. Конечно, возникают и технические задачи, но их следует решать специалистам по экономике.

Также следует иметь в виду, что стоимость терапии включает не только обслуживание пациентов, но также заработную плату профессиональных сотрудников (врачей и клинических психологов), среднего и младшего медицинского персонала, траты на уборку, ремонт помещений и т. п. В связи с этим могут возникать острые вопросы о справедливости распределения ограниченного финансирования по указанным направлениям.

Дополнительно к выше представленным понятиям выделяют специальный коэффициент — поступательный коэффициент стоимости-эффективности. Такой коэффициент предполагает дополнительную стоимость нового вмешательства при условии его дополнительной эффективности. Понятно, что новый, более дорогой метод терапии не следует применять, если его общая эффективность (включающая затраты на длительность лечения) не превышает эффективность уже применяемых методов.

При наличии двух и более альтернатив, то психотерапевтическое вмешательство, которое дает наибольшие преимущества, может приниматься как наиболее действенное и эффективное.

Во многих странах существуют специальные группы, которые лоббируют важность применения определенных методов терапии для повышения их финансирования. Например, лоббируются интересы фармацевтических фирм. Это приводит к широкому применению антидепрессантов в ущерб когнитивно-поведенческим методам психотерапии, что особенно

странно при психогенной депрессии и других психогенных расстройствах. Представители применения методов психотерапии не обладают такими финансовыми ресурсами, как представители психофармакотерапии. Последние могут тратить гораздо больше средств, как на проведение научных исследований, так и на широкую рекламу. Внедрение DSM-5 с менее четкими границами между разными расстройствами, между нормой и патологией также повышает вероятность назначения психофармакотерапии, но не психотерапии [19]. Эта же проблема может возникнуть при принятии Международной классификации психических расстройств ВОЗ 11-го пересмотра, если она будет близка к DSM-5. В связи с этим правительства ряда стран с наиболее развитой экономикой создают специальные системы для тщательной оценки и мониторинга технологий, связанных со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения также предпринимает усилия по оценке соотношения стоимости-эффективности при различных расстройствах [12].

Следует отметить, что в отдельных случаях могут приниматься решения по применению метода лечения, который является наиболее дорогостоящим. Это относится к заболеваниям, которые приводят к катастрофическим последствиям, но могут быть излечены определенным методом (как, например, применение диализа или удаление опухоли головного мозга в случаях не только с неврологическими, но часто и с психическими расстройствами). Во многих случаях требуется обращать внимание на то, является ли выбираемая терапия лечением первой линии (основным) или второй (дополняющим). Также часто делается выбор комбинированной терапии в силу ее высокой эффективности (например, стационарное лечение психогенных расстройств без комбинированной психотерапии обычно малооправданно).

Обсуждаемые вопросы относятся, прежде всего, к системе здравоохранения с государственным регулированием. Частная система лечения психических расстройств в нашей стране, прежде всего методами психотерапии, к сожалению, пока часто руководствуется принципом финансовой прибыльности, но не научными, в том числе этическими принципами.

Выводы

1. В отечественной психотерапии учет показателей экономичности методов психотерапии является, скорее, исключением, чем правилом, при явной их важности.

2. Дальнейшая теоретико-методологическая проработка вопросов и проблем экономичности психотерапии необходима для более успешно-го развития отечественной психотерапии.

3. Желательны современные исследования по учету показателей экономичности психотерапии при различных расстройствах, требующих применения психотерапии не только как основного, но и дополнительного метода терапии.

4. Организация практической реализации психотерапии с учетом ее экономичности нуждается в совместной деятельности организаторов здравоохранения и психотерапевтов, как врачей, так и психологов.

5. С учетом имеющихся экономических и теоретико-методологических сложностей в области психотерапии, их преодоление неизбежно потребует компромиссов.

В данной работе не представлены все направления решения, но обращается внимание на основные проблемы и возможные пути если не устранения их, то уменьшения. Важно, чтобы не только специалисты, но и руководители в области психотерапии понимали и искали современные решения дилеммы экономичности психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абабков В.А.* Выбор психотерапии: анализ литературы // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2006. Т. 106. № 11. С. 72—75.
2. *Абабков В.А.* Персоналифицированная психотерапия: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 352 с.
3. *Абабков В.А., Караваева Т.А., Карвасарский Б.Д. и др.* Алгоритм оценки эффективности психотерапии при невротических расстройствах: Метод. рекомендации. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2010. 25 с.
4. Клиническая психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений: в 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Изд. Центр «Академия», 2010.
5. Клиническая психология и психотерапия: пер. с нем. 3-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2012. 944 с.
6. *Baillie A.J., Peters L.* Professional training issues in evidence-based clinical psychology // Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2. / P. Sturmey, M. Hersen (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012. P. 39—53.
7. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy / D. Spiegel (ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. 199 p.
8. *Fox R.* Psychotherapy // Journal of American Psychoanalytic Association. 2011. Vol. 59 (2). P. 379—392. DOI:10.1177/0003065111409035
9. *Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J. et al.* The economic impact of psychotherapy: A review // American Journal of Psychiatry. 1997. Vol. 154 (2). P. 147—155.
10. *Grawe K., Donati R., Bernauer F.* Psychotherapie im Wandel. Von Konfession zur Profession. Gottingen: Hogrefe, 2001. 885 p.
11. Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Vol. 2. / P. Sturmey, M. Hersen (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2012. 747 p.

12. Hutubessy R., Chisholm D., Tan-Torres Edejer T. Generalized cost-effectiveness analysis for national level priority setting in the health sector [Электронный ресурс] // Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2003. Vol. 1 (1). URL: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-1-8> (дата обращения: 10.04.2020). DOI:10.1186/1478-7547-1-8
13. Jones C., Meaden A. Schizophrenia // Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2. / P. Sturmey, M. Hersen (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012. P. 221—242.
14. Knapp M., McDaid D. Economics of evidence-based practice and mental health // Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2. / P. Sturmey, M. Hersen (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012. P. 71—93.
15. Koerner N., Vorstenbosch V., Antony M.M. Panic disorder // Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2. / P. Sturmey, M. Hersen (eds.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012. P. 285—311.
16. Krupnick J.L., Pincus H.A. The cost-effectiveness of psychotherapy: A plan for research // American Journal of Psychiatry. 1992. Vol. 149 (10). P. 1295—1306. DOI:10.1176/ajp.149.10.1295
17. Lambert M.J. Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 293 p.
18. Milofsky J.E. Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness // American Journal of Psychiatry. 2011. Vol. 168 (1). P. 1022—1103. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.10081133
19. Paris J. The intelligent clinician's guide to DSM-5®. New York: Oxford University Press, 2013. 232 p.
20. Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. Changing for good. New York: W. Morrow & Company, 1994. 304 p.
21. Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of the cost-effectiveness / S.G. Lazar (ed.). American Psychiatric Publishing, 2010. 359 p.
22. Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness / J.C. Norcross (ed.). New York: Oxford University Press, 2011. 440 p.
23. Puschner B., Kraft S. Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie // Psychotherapeut. 2008. Vol. 53. P. 268—276.
24. Roth A., Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford, 1996. 484 p.
25. Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. Use the mental health services for anxiety, mood, and substance disorder in 17 countries in the WHO world mental health surveys // Lancet. 2007. Vol. 370 (9590). P. 841—850. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61414-7

REFERENCES

1. Ababkov V.A. Vybor psikhoterapii: analiz literatury [Choice of psychotherapy: A review]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2006. Vol. 106 (11), pp. 72—75.
2. Ababkov V.A. Personifitsirovannaya psikhoterapiya: rukovodstvo [Personified psychotherapy: A handbook]. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 352 p.

3. Ababkov V.A., Karavaeva T.A., Karvasarskii B.D., et al. Algoritm otsenki effektivnosti psikhoterapii pri nevroticheskikh rasstroistvakh. Metodicheskie rekomendatsii [An algorithm for assessing the efficacy of psychotherapy in neurotic disorders. Guidebook]. Saint Petersburg: NIPNI im. Bekhtereva, 2010. 25 p.
4. Kholmogorova A.B. (ed.). Klinicheskaya psikhologiya: v 4-kh tomakh.: uchebnik dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenii [Clinical psychology in 4 vols. Handbook for university students]. Moscow: Akademiya Publ., 2010.
5. Perrez M., Baumann U. (eds.). Klinicheskaya psikhologiya i psikhoterapiya. 3-e izd [Clinical psychology and psychotherapy. 3rd ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2012. 944 p. (In Russ.).
6. Baillie A.J., Peters L. Professional training issues in evidence-based clinical psychology. In Sturmey P., Hersen M. (eds.) *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012, pp. 39–53.
7. Spiegel D. (ed.). Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. 199 p.
8. Fox R. Psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2011. Vol. 59 (2), pp. 379–392. DOI:10.1177/0003065111409035
9. Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J., et al. The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 1997. Vol. 154 (2), pp. 147–155.
10. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von Konfession zur Profession. Gottingen: Hogrefe. 2001. 885 p.
11. Sturmey P., Hersen M. (eds.). Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Vol. 2. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2012. 747 p.
12. Hutubessy R., Chisholm D., Tan-Torres Edejer T. Generalized cost-effectiveness analysis for national level priority setting in the health sector [Elektronnyi resurs]. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2003. Vol. 1 (1). Available at: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-1-8> (Accessed 10.04.2020). DOI:10.1186/1478-7547-1-8
13. Jones C., Meaden A. Schizophrenia. In Sturmey P., Hersen M. (eds.) *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012, pp. 221–242.
14. Knapp M., McDavid D. Economics of evidence-based practice and mental health. In Sturmey P., Hersen M. (eds.) *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012, pp. 71–93.
15. Koerner N., Vorstenbosch V., Antony M.M. Panic disorder. In Sturmey P., Hersen M. (eds.) *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Vol. 2.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2012, pp. 285–311.
16. Krupnick J.L., Pincus H.A. The cost-effectiveness of psychotherapy: A plan for research. *American Journal of Psychiatry*, 1992. Vol. 149 (10), pp. 1295–1306. DOI:10.1176/ajp.149.10.1295
17. Lambert M.J. Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 293 p.
18. Milofsky J.E. Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 2011. Vol. 168 (1), pp. 1022–1103. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.10081133

19. Paris J. The intelligent clinician's guide to DSM-5®. New York: Oxford University Press, 2013. 232 p.
20. Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. Changing for good. New York: W. Morrow & Company, 1994. 304 p.
21. Lazar S.G. (ed.). Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of the cost-effectiveness. American Psychiatric Publishing, 2010. 359 p.
22. Norcross J.C. (ed.). Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press, 2011. 440 p.
23. Puschner В., Kraft S. Kosteneffektivitat ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 2008. Vol. 53, pp. 268—276.
24. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford, 1996. 484 p.
25. Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., et al. Use the mental health services for anxiety, mood, and substance disorder in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 2007. Vol. 370 (9590), pp. 841—850. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61414-7

Информация об авторах

Абабков Валентин Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1925-8397>, e-mail: valababkov@mail.ru

Information about the authors

Valentin A. Ababkov, Doctor of Medicine, Professor, Chair of Medical Psychology and Psychophysiology, Psychological Department, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1925-8397>, e-mail: valababkov@mail.ru

Получена 28.01.2020

Принята в печать 30.07.2020

Received 28.01.2020

Accepted 30.07.2020

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

КОРОНАКРИЗИС: ЛОКДАУН И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Настоящий дайджест посвящен исследованиям психического здоровья населения в контексте изменений в жизни, вызванных пандемией COVID-19. Рассматриваются свежие данные зарубежных исследований о наиболее пострадавших категориях людей.

Для цитаты: Коронакризис: локдаун и психическое здоровье // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 178—184. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280311>

THE CORONAVIRUS CRISIS: LOCKDOWN AND MENTAL HEALTH

The current digest focuses on the studies of mental health in the population in the context of changes brought by the pandemic of COVID-19. We consider new data yielded by foreign studies on the most vulnerable groups. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation: The Coronavirus Crisis: Lockdown and Mental Health. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 3, pp. 178—184. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280311>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Пандемия COVID-19 стала глобальным вмешательством в различные аспекты жизни и функционирования каждого человека и общества в целом и одновременно создала уникальную ситуацию для полевых психологических исследований. Введенные правительствами условия самоизоляции и вынужденные ограничения в экономической деятельности, переход на дистанционную модель обучения для школьников и студентов, работа через Интернет для взрослых, усложнение получения помощи для людей, уже страдающих проблемами психического здоровья, использование телепсихологии и телепсихотерапии — все это стало чертами «новой жизни» и предметом для изучения, опять-таки с использованием разнообразных платформ в Интернете. За последние месяцы появилось множество публикаций с результатами опросов о психическом самочувствии людей в условиях локдауна. Кроме того, появились первые данные лонгитюдных исследований распространенности и динамики проблем психического здоровья в острой фазе пандемии. С некоторыми из них мы предлагаем вам ознакомиться.

Как к исследованию COVID-19 подошли зарубежные коллеги

На сайте Американской психологической ассоциации (АПА) опубликован материал, посвященный усилиям психологов по изучению эффекта пандемии на психическое здоровье и поведение людей в условиях самоизоляции.

Автор публикации отмечает, что пандемия COVID-19 вмешалась в планы психологических исследований во всем мире, заставив ученых отложить многие лабораторные исследования. Часть направлений оказалась на время закрытой, но при этом открылись другие направления, в частности, изучение острых и долгосрочных воздействий пандемии на психическое здоровье, а также изучение таких трудных для исследований психологических и социальных явлений, как карантин и вынужденная массовая работа и обучение через Интернет.

С начала марта 2020 г. различные фонды науки и научных исследований профинансировали и выдали гранты на многие проекты, связанные с COVID-19. Психологи очень быстро организовались на новые проекты. В первые дни после закрытия лабораторий многие испытали состояние, которое можно описать как «полный паралич», но потом начались консультации с коллегами у себя в стране и за рубежом и родились разнообразные проекты на основе данных самоотчета и с использованием широкого спектра платформ в Интернете. В условиях самоизоляции дома исследователи перегруппировались онлайн, чтобы посмотреть, что можно узнать о пандемии. Так, за короткое время были запущены многие новые проекты.

Чтобы иметь представление о том, чем занимаются коллеги в связи с COVID-19, был создан сайт, отслеживающий ход соответствующих исследований в социальных науках. К концу апреля в этот сайт-трекер были внесены описания более 260 проектов. Примерно половина из них в этот период находилась в стадии сбора данных, но по некоторым уже были выставлены отчеты на серверах препринтов. Кроме того, учитывая актуальность темы, в ряде журналов АПА была введена ускоренная процедура рассмотрения для печати статей, посвященных COVID-19.

Автор отмечает, что по уже выполненным исследованиям заметно, что многие занялись одним из самых трудных аспектов эпидемической вспышки — мерами физического дистанцирования, которые потребовались, чтобы замедлить распространение пандемии. Ученые пытались понять, почему одни люди с готовностью принимают подобные протективные меры, а другие — нет, и выяснили роль в этом многих факторов: эмпатии, поддержки таких мер знаменитостями, обладания научными знаниями и доверия к медицине, а также акцента властей на индивидуальной или коллективной пользе дистанцирования. Другой популярной среди исследователей темой стала вынужденная массовая работа через Интернет.

подавляющее большинство исследований пандемии — это опросы и обследования онлайн, глубинные интервью по телефону и ежедневные дневниковые записи участников. Помимо этого, используются такие креативные методы исследования, как цифровая этнография, онлайн-игры, анализ трендов в Гугле, анализ контента социальных сетей, новостей и правительственной политики.

Большое внимание психологов привлекла тема долгосрочного воздействия пандемии на психическое здоровье, в частности отслеживание страхов и тревог людей в связи с вирусом, и выявление психологических и социальных факторов, способствующих наилучшему совладанию и адаптации во время кризиса.

На сайте «АПА www.apa.org» выставлена информация о статьях, посвященных COVID-19, в том числе с открытым доступом к полному тексту публикаций.

Оригинал: *Palmer C.* Researchers mobilize to study impact of COVID-19 [Электронный ресурс] // *Monitor on Psychology*. 2020. Vol. 51 (4). URL: <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-researchers> (дата обращения: 21.06.2020).

Пожилые лучше всех психологически справлялись с пандемией

Люди в возрасте 60 лет и старше эмоционально чувствовали себя на вершине пандемии COVID-19 лучше, чем люди молодого (18—39 лет) и среднего (40—59 лет) возраста. Об этом свидетельствуют результаты

исследования, выполненного в канадском Университете Британской Колумбии. На основе дневниковых данных, собранных в период между серединой марта и серединой апреля 2020 г., ученые выяснили, что у пожилых людей уровень эмоционального благополучия был выше, они чувствовали себя менее стрессированными и ощущали меньше угроз со стороны пандемии. Данные исследования показывают, что пожилые люди обладают большей эмоциональной жизнестойкостью, хотя их часто считают более уязвимыми. Помимо этого, у более молодых взрослых обнаружился более высокий риск одиночества и дистресса во время пандемии. В исследовании приняли участие 776 жителей Канады и США в возрасте 18—91 года (средний возраст — 45 лет), которые на протяжении последовательных семи дней оценивали свои стрессоры, позитивные события и эмоциональное благополучие в острой стадии эпидемии, когда власти начали вводить локдаун.

Авторы связывают различия в испытываемом уровне стресса у взрослых разных возрастов с уровнем проблем в связи с переходом к режиму самоизоляции. Если для пожилых основными стрессорами были повышенные уровни заражения коронавирусом, тяжелые осложнения и вероятность умереть, то для более молодых взрослых стрессорами были работа из дома, обучение детей в домашних условиях, присмотр за ними и безработица, плюс межличностные конфликты. Исследование также показало, что взрослые среднего и пожилого возраста отмечали больше положительных событий в своей жизни, например, позитивно окрашенных дистанционных социальных контактов, и они получали от них больше удовольствия, чем более молодые взрослые.

Оригинал: *Klaiber P., Wen J.H., DeLongis A. et al.* The ups and downs of daily life during COVID-19: Age differences in affect, stress, and positive events [Электронный ресурс] // *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2020. URL: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbaa096/5872612> (дата обращения: 21.07.20). DOI:10.1093/geronb/gbaa096

Динамика дистресса в ходе пандемии у молодежи

Первые эмпирические данные о депрессии и тревоге в связи с COVID-19 дают основания для оптимизма. Одно из первых лонгитюдных исследований, связанных с пандемией стрессоров и симптомов психического здоровья, показывает, что по мере улучшения ситуации с вирусом проблемы исчезнут. Работа выполнена в американском Университете Вандербилт под руководством Отум Куйавы (*Autumn Kujawa*).

Группа Куйавы разработала опросник стресса в связи с пандемией (*Pandemic Stress Questionnaire — PSQ*), который в сочетании с батареей

тестов для оценки симптомов депрессии и тревоги был предложен в мае этого года 450 «подрастающим взрослым» американцам посредством платформы онлайн. Состав выборки был разнообразным и включал, в том числе, представителей меньшинств, а объединяла их принадлежность к так называемым «подрастающим взрослым» (*emerging adults*) — людям в возрасте 18—25 лет, находящимся в жизненной стадии, когда идет поиск идентичности и постепенно формируется основа для взрослой личной и трудовой жизни. Ученые исходили из того, что эта группа может испытывать уникальный набор стрессоров, так как COVID-19 радикально вмешивается в их возможности образования и трудовой занятости в период, когда они стремятся к независимости. Вопросы в новом опроснике *PSQ* оценивали переживания людей в диапазоне от разделения с любимым человеком до изменений в статусе трудовой занятости и опыта расизма и дискриминации. Месяц спустя 288 участников заполнили опросник повторно с целью оценить стабильность *PSQ* и выявить возможные ассоциации между стрессом и симптомами интернализации.

Результаты майской фазы исследования показали очень высокие уровни воздействия стресса, особенно среди женщин и афроамериканцев. Они говорят о том, что эти группы больше других страдают от бремени пандемии. Уровни симптомов депрессии и тревоги в мае тоже были очень высоки, но при повторном использовании *PSQ* в июне уровни депрессии и тревоги снизились во всех группах. Это снижение показывает, что для многих депрессия и тревога в связи с COVID-19 не будет стойкой и их психическое здоровье восстановится по мере того, как мир будет выходить из пандемии.

Через несколько месяцев Куйава планирует еще раз распространить опросник *PSQ*, чтобы замерить, как воздействие пандемии изменило жизнь людей.

Оригинал: *Kujawa A., Green H., Compas B.E. et al.* Exposure to COVID-19 pandemic stress: Associations with depression and anxiety in emerging adults in the U.S. (Preprint) [Электронный ресурс] // PsyArXiv Preprints. 29.06.20. URL: <https://psyarxiv.com/aq6u5/> (дата обращения: 10.07.2020). DOI:10.31234/osf.io/aq6u5

Пандемия сильнее всего ударила по психике женщин, молодежи и родителей маленьких детей

По данным крупного британского исследования, введенный в стране с 23 марта 2020 г. локдаун в связи с COVID-19 сильнее всего затронул психическое здоровье женщин, молодежи и родителей детей в возрасте

до пяти лет. Исследование дало первую высококачественную информацию о психическом здоровье во время пандемии, основанную на данных 17452 участников крупнейшего британского лонгитюдного и продолжающегося проекта *Understanding Society* (начат в 2009 г. и отслеживает более 40000 домохозяйств).

В апреле 2020 г. ученые пригласили всех участников проекта в возрасте старше 16 лет поучаствовать онлайн в обследовании в связи с COVID-19 и заполнить скрининговый инструмент общего состояния здоровья *GHQ-12*. Результаты этого обследования сравнивались с результатами предыдущего — в 2018 г. Как и предполагалось, было обнаружено общее увеличение психического дистресса, по сравнению с предыдущим: средний популяционный показатель *GHQ-12* вырос с 11,5 в 2018 г. до 12,6 в апреле 2020 г.

В разгар пандемии порядка трети британцев испытывали клинически значимые уровни психологического дистресса, тогда как до пандемии таких было около 20%. В некоторых группах рост дистресса в условиях локдауна был выраженнее, в частности, он отмечен у 33% женщин, 32% родителей с маленькими детьми и 37% молодежи. Среди молодых женщин клинически значимые уровни психологического дистресса выявлены у 44%, по сравнению с 32% до пандемии. Анализ отразил ситуацию в Соединенном Королевстве через месяц после введения локдауна, хотя исследователи предполагают, что расхождения в психическом здоровье могут возрасти в будущем по причине экономической рецессии и окончания ипотечных каникул. В данном исследовании ученые не выявили значимого ухудшения психического здоровья у мужчин и у лиц старше 45 лет, хотя они признают, что многие мужчины впоследствии пострадают от снижения дохода или наличия в семье маленьких детей.

Авторы подчеркивают, что наибольшую физическую угрозу COVID-19 представляет для пожилых людей, мужчин, этнических меньшинств и людей с нарушенным здоровьем. Но в части психического здоровья среди пострадавших диспропорционально представлены молодежь и женщины, и это говорит о необходимости обеспечения для них доступа к службам, работающим, в том числе, с домашним насилием, а также сексуальным и репродуктивным здоровьем. Кроме того, срочно нужны заведения, обеспечивающие уход за детьми.

Оригинал: *Pierce M., Hope H., Ford T. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population // The Lancet Psychiatry. 2020. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30308-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30308-4/fulltext) (дата обращения: 21.07.2020). DOI:10.1016/S2215-0366(20)30308-4*

Продолжение следует...

Итак, кризис в связи с COVID-19 продолжается, значительная часть ограничений сохраняется, и перед научным сообществом стоит задача исследования последствий коронакризиса во всей их многомерности и разнообразии проявлений. В этом ряду особый интерес вызывает тема влияния дистанционного обучения детей и студентов на результативность обучения, социальную когницию и психическое самочувствие учащихся — она пока не получила должного раскрытия. Тем временем многие западные университеты уже объявили первый семестр в режиме онлайн, лишая новых студентов обычного общения и традиционной, но неведомой им студенческой жизни. По мере появления новых исследований мы будем информировать о них читателей.

Составитель-переводчик: Елена Можяева

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаряня 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

Шелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических 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, идентификационный номер в ORCID, 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.

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 представленные материалы отклоняются.

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