

# ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008:616.895.4

ББК 56.145.6+53.435

## СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Счастный Е. Д.<sup>\*</sup>, Суровцева А. К.,  
Рудницкий В. А.

НИИ психического здоровья  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

**Методы.** На основе биопсихосоциальной модели развития психической патологии представлены результаты исследования личностных особенностей и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами. Группа исследования – 44 женщины (61 %) и 28 мужчин (39 %), средний возраст 39±2 лет. В исследовании использованы психологические (СМИЛ и Леонгарда-Шмишека) и клинические (депрессии Бека и тревоги Шихана) шкалы. **Результаты.** Выявлены статистически достоверные связи между негативной субъективной оценкой качества жизни и социального функционирования депрессивных больных и личностными характеристиками: пессимизм/гипотимия, интроверсия, ригидность и тревожность. Положительная корреляция отмечена между хорошим качеством жизни и оптимизмом, активностью, гипертимностью. Получены данные о взаимосвязи аффективных расстройств с пессимистичностью, гипотимией, тревожностью, пассивностью, ригидностью, интроверсией. Аффективные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов. **Выводы.** Анализ полученных данных соотношения уровней депрессии и тревоги, личностных характеристик, оцененных с помощью психологических и клинических шкал, с уровнем социального функционирования и удовлетворенности жизнью показал взаимосвязь депрессивных расстройств с личностными характеристиками (пессимистичность, гипотимия, тревожность, пассивность, ригидность, интроверсия). Депрессивные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов, особенно сильно нарушается общение за пределами семьи. Страдает умение взаимодействовать со средой, «чувство контроля» своей жизни, умение организовывать свое окружение в соответствии со своими потребностями. Снижаются познавательная активность больных и интерес к новому. **Ключевые слова:** аффективное расстройство, личностные особенности, качество жизни.

<sup>\*</sup> Счастный Евгений Дмитриевич – профессор, д.м.н., зав. отд. аффективных состояний. Телефон: (3822)723446, e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

Суровцева Альфира Касимовна – к.м.н., психолог отд. аффективных состояний. Телефон: (3822)723446, e-mail: surov1964@sibmail.com

Рудницкий Владислав Александрович – д.м.н., в.н.с. отд. пограничных состояний. Телефон: (3822)738754, e-mail: rudnizki9@sibmail.com

**FEATURES OF SELF-REPORTED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS UNDER DIFFERENT RISK FOR SUICIDAL BEHAVIOR.** Schastnyy E. D., Surovtseva A. K., Rudnitsky V. A. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. **Methods.** Based on biopsychosocial model of development of mental pathology the results of study of personality traits and quality of life in patients with affective disorders are presented. Study group included 44 women (61 %) and 28 men (39 %), mean age 39±2 years. Psychological (MMPI and Leonhard-Schmieschek) and clinical (BDI and ShARS) scales were used in the study. **Results.** Statistically reliable relationships were revealed between negative subjective evaluation of quality of life and social functioning of depressive patients and personality traits: pessimism-hypothymia, introversion, rigidity and anxiousness. Positive correlation was found between good quality of life and optimism, activity, hyperthymia. We have findings about interrelationship of affective disorders with pessimism, hypothymia, anxiousness, passiveness, rigidity, introversion. Affective disorders lower significantly the level of social functioning and quality of life of patients. **Conclusions.** Analysis of findings of correlation of depression and anxiety levels, personality traits evaluated with use of psychological and clinical scales with level of social functioning and satisfaction with life has shown interrelationship of depressive disorders with personality traits "pessimism", "hypothymia", "anxiousness", "passiveness", "rigidity", "introversion". Depressive disorders lower significantly the level of social functioning and quality of life of patients, especially communication beyond family is affected. The skill to interact with the environment, feeling of "self-control", the skill to organize patient's environment according to his/her needs are affected. Cognitive activity of patients and interest in novelty are reduced. **Keywords:** affective disorder, personality traits, quality of life.

*Исследование поддержано грантом РГНФ № 14-06-00113 «Влияние культуры на субъективное переживание депрессии и экспрессию ее признаков (на примере представителей народов Сибири)».*

*Study has been supported by RHSF grant no. 14-06-00113 "Influence of culture on subjective experience of depression and expression of its signs (by way of example of representatives of peoples of Siberia)".*

Целостный подход в исследовании большого аффективной патологией предполагает изучение роли личности при возникновении текущего эпизода депрессии. Такой подход позволяет добиться большей эффективности как в изучении развития заболевания, так и в организации лечения и профилактики данного расстройства. Согласно биопсихосоциальной модели развития психической патологии, возникновение депрессии мультикаузально и в ее генезе может быть задействован широкий спектр биологических, социальных и психологических факторов. В основе биопсихосоциальной модели лежит гипотеза диатеза-стресса – гипотеза взаимодействия стрессовых средовых факторов и индивидуальных черт предрасположенности. Влияние диспозиционных личностных факторов может объясняться наличием индивидуальных подходов к истолкованию событий или способов преодоления трудностей [3, 6, 11, 12, 15].

Для оценки личностных особенностей использовались опросники СМИЛ [10] и Леонгарда-Шмишека (1995) с определением средних значений по данным опросникам. Были исследованы соотношения между выявленными лич-

ностными особенностями больных и их субъективной оценкой удовлетворенности отдельными областями своей жизнедеятельности, а также определены личностные особенности депрессивных больных с разной степенью нарушения качества жизни. Параметры качества жизни являются общепринятыми критериями субъективной оценки адаптации и применяются для психолого-социальной характеристики личности при различных заболеваниях [1, 5, 7—9]. Для выявления общих тенденций, характерных для депрессивных пациентов с разным уровнем нарушений социального функционирования и качества жизни, была рассчитана средняя арифметическая балльной оценки, полученной при заполнении ими опросника СМИЛ. Средние оценки отражены в профиле СМИЛ.

В результате расчетов получен усредненный профиль личности для выборки пациентов с различными депрессивными расстройствами в графической форме (рис.).

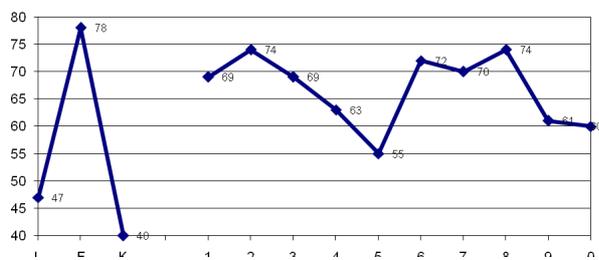


Рис. Усредненный профиль СМИЛ для выборки пациентов с депрессивными расстройствами  
Примечание. Код профиля: F; 2; 8; 6.

Данный профиль характеризуется подъемом по следующим шкалам: пессимистичности/депрессии (2), эмоциональной напряженности/индивидуалистичности (8), ригидности/паранойи (6) и по оценочной шкале F. Это свидетельствует об усилении черт пессимистичности, гипотимии, подавленности, о снижении уровня активности и побуждений, пониженной мотивации к деятельности, пассивно-созерцательной личностной позиции, склонности к самообвинению и самоуничижению, сниженной самооценке, выраженной эмоциональной напряженности, неудовлетворенности собой и существующим положением дел, своеобразии восприятия и суждений, ригидных установках и стереотипах поведения, затрудненном вытеснении отрицательных эмоций, склонности к застреванию на негативных переживаниях, склонности к ограничению социальных контактов, замкнутости, что, в конечном счете, приводит к социальному дистанцированию.

Эти параметры положительно коррелировали с уровнями депрессии по шкале Бека и тревоги по шкале Шихана и отрицательно – с субъективной оценкой удовлетворенности своей жизнью.

С уровнем депрессии по шкале Бека положительно связаны результаты по шкалам невротической триады: сверхконтроля/ипохондрии (шкала 1) ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), пессимистичности/депрессии (шкала 2) ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), эмоциональной лабильности/истерии (шкала 3) ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ). Высокие результаты зарегистрированы по шкалам: ригидности (шкала 6) ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), интроверсии (шкала 0) ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), тревоги/психастении (шкала 7) ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ). Отрицательная связь получена со шкалой гипертимности (шкала 9) ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ).

С уровнем тревоги по опроснику Шихана положительно коррелировали шкалы невротической триады: сверхконтроля/ипохондрии (шкала 1) ( $r=0,33$ ), пессимистичности/депрессии (шкала 2) ( $r=0,40$ ), эмоциональной лабильности/истерии (шкала 3) ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ). Отрицательная связь была получена со шкалой маскулинности/женственности (шкала 5) ( $r=-0,31$ ).

Корреляционный анализ личностных черт, полученных с помощью опросника СМИЛ, и уровнем нарушений социального функционирования и качества жизни (опросник ШССА), выявил достоверную ( $p<0,05$ ) отрицательную корреляцию между ощущением удовлетворенности жизнью, социальным функционированием и уровнем депрессии/пессимистичности (шкала 2) ( $r=-0,47$ ), уровнем ригидности (шкала 6) ( $r=-0,33$ ), уровнем тревоги/психастении (шкала 7) ( $r=-0,34$ ), интроверсии (шкала 0) ( $r=-0,49$ ). Зарегистрирована положительная корреляция с гипертимностью (шкала 9) ( $r=0,30$ ).

Однофакторный дисперсионный анализ позволил выделить личностные характеристики, влияние которых на субъективную оценку качества жизни депрессивных больных было наиболее выраженным. Ощущение удовлетворенности жизнью зависело от уровней интроверсии (шкала 0) ( $F=7,85$ ,  $p=0,001$ ), пессимистичности/гипотимии (шкала 2) ( $F=6,08$ ,  $p=0,004$ ), ригидности (шкала 6) ( $F=5,33$ ,  $p=0,01$ ), тревоги (шкала 7) ( $F=3,08$ ,  $p<0,05$ ). Полученные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1  
Личностные особенности депрессивных больных, влияющие на негативную оценку качества жизни

СМИЛ	SS эф-фекта	MS	SS ошибок	MS ошибки	F	P
L	337,38	168,69	5996,96	105,21	1,60	0,21
F	865,04	432,52	10975,54	192,55	2,25	0,12
K	156,91	78,46	4086,49	71,69	1,09	0,34
1	564,75	282,37	14749,44	258,76	1,09	0,34
2	<b>1909,35</b>	<b>954,68</b>	<b>8948,98</b>	<b>157,00</b>	<b>6,08</b>	<b>0,004</b>
3	388,93	194,46	9471,01	166,16	1,17	0,32
4	517,94	258,97	11614,40	203,76	1,27	0,29
5	429,03	214,51	11534,97	202,37	1,06	0,35
6	<b>1926,25</b>	<b>963,12</b>	<b>10305,94</b>	<b>180,81</b>	<b>5,33</b>	<b>0,01</b>
7	<b>1257,55</b>	<b>628,78</b>	<b>11632,18</b>	<b>204,07</b>	<b>3,08</b>	<b>0,05</b>
8	870,76	435,38	13047,42	228,90	1,90	0,16
9	281,54	140,77	8040,11	141,05	1,00	0,37
0	<b>1856,68</b>	<b>928,34</b>	<b>6739,32</b>	<b>118,23</b>	<b>7,85</b>	<b>0,001</b>

Проанализировано соотношение личностных черт больных депрессивными расстройствами, оцененных при помощи опросника СМИЛ, с данными, полученными по отдельным пунктам шкалы ШССА. Показано, что самой неудовлетворенной сферой жизни является сфера отношений за пределами семьи. Выявление проблем, связанных с внесемейным общением, включает в себя 5 вопросов, оценивающих не только количество, но качество общения, активность в общении, важность контактов для пациента.

Наиболее тесно степень неудовлетворенности в данной сфере была связана с такими характеристиками, как выраженный пессимизм, подавленность, угнетенность, низкая самооценка, социальная интроверсия, избыточный самоконтроль, аспонтанность в поведении, ипохондрия, склонность к волнениям, пассивность, повышенная тревога в межперсональных отношениях, ригидность, эмоциональная напряженность, замкнутость, неловкость в социальных контактах. Полученные соотношения указаны в таблице 2.

Т а б л и ц а 2  
Корреляционные индексы соотношения личностных черт больных депрессивными расстройствами (СМИЛ) с субъективной оценкой удовлетворенности социальными отношениями вне семьи (ШССА)

1. Вне семьи Вы поддерживаете отношения... (ответ: с небольшим количеством людей)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,33$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,34$
2. Вы стараетесь завязать отношения с другими людьми... (ответ: плохо)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,30$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,37$
3. Как в целом Вы оцениваете свои отношения с другими людьми? (ответ: плохие)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,34$ Шкала 8 Напряжения $r=-0,27$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,35$
4. Насколько важны для Вас отношения с другими? (ответ: небольшое значение)	Шкала 1 Ипохондрии/самоконтроля $r=-0,26$ Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,38$ Шкала 7 Психастении/тревоги $r=-0,28$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,46$
5. Как часто люди Вашего социального окружения ищут общения с Вами? (ответ: редко)	Шкала 1 Ипохондрии/самоконтроля $r=-0,33$ Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,39$ Шкала 7 Психастении/тревоги $r=-0,31$ Шкала 8 Напряжения $r=-0,28$

Примечание.  $p<0,05$ .

Основные выявленные проблемы – это пассивность в установлении контактов, отсутствие гибкости в контактах (ограниченный поведенческий репертуар), тревога и неловкость в межперсональных отношениях, снижение интереса к общению. Всё это отражает выраженные затруднения в построении социальных коммуникаций, которые приводят к социальной изоляции, усилению внутренней напряженности, уве-

личению дистанцированности и, в конечном счете, к социальному удалению [4]. Подобные проблемы в общении ведут к социальной изоляции. Авторы опросника ШССА считают, что личность с такими характеристиками имеет большой риск повторных депрессивных эпизодов.

Многими исследователями [13] качества жизни отмечается, что для субъективного ощущения благополучия необходимо уметь взаимодействовать со средой, иметь «чувство контроля» своей жизни (способность организовать свое окружение согласно своим желаниям и потребностям). М. Аргайл [2] указывает на то, что чувство неподконтрольности тех или иных ситуаций, неумение достичь желаемого результата приводит к депрессии, отмечая, однако, что справедлива и обратная зависимость: люди, находящиеся в депрессивном состоянии, склонны оценивать свои способности негативно. Согласно концепции «выученной беспомощности» М. Селигмана [14], повторяющиеся случаи недостаточного контроля важных событий могут перерасти в генерализованные ожидания неконтролируемости, которые в дальнейшем приводят к депрессивным реакциям и развитию депрессивных расстройств. В качестве фактора риска развития депрессии им рассматривалась также склонность объяснять внешние негативные события интернальными и глобальными причинами – «пессимистическим стилем интерпретации». Обучение депрессивных пациентов умению анализировать ситуации, реалистично оценивая их результаты, может быть эффективным с точки зрения преодоления депрессии.

Опросник СМИЛ выявляет выраженную неудовлетворенность в этой сфере у депрессивных больных. Были получены отрицательные корреляции ( $p<0,05$ ), между этой способностью и ипохондрией/избыточным самоконтролем (шкала 1) ( $r=-0,29$ ), пессимизмом/депрессией (шкала 2) ( $r=-0,37$ ), тревогой/психастенией (шкала 7) ( $r=-0,35$ ), интроверсией (шкала 0) ( $r=-0,31$ ).

Удовлетворенность досугом отрицательно связана с ипохондрией/избыточным самоконтролем (шкала 1) ( $r=-0,26$ ), пессимизмом/депрессией (шкала 2) ( $r=-0,26$ ), эмоциональной лабильностью/истерией ( $r=-0,30$ ). С ригидностью/паранойей (шкала 6) связаны негативная оценка отношений в семье ( $r=-0,27$ ), пренебрежение к общественным правилам, правилами вежливости, хорошими манерами ( $r=-0,26$ ), затруднения в распоряжении своими доходами и средствами ( $r=-0,29$ ). Снижение интереса к новой информации связано с депрессией/пессимизмом (шкала 2) ( $r=-0,30$ ).

Удовлетворенность работой отрицательно коррелирует с интроверсией (шкала 0) ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ) и тревожностью/психастенией (шкала 7) ( $r=-0,29$ ). Люди с высокой интроверсией отличаются затруднениями при осуществлении межличностных контактов, обуславливающими замкнутость, необщительность, стремление к деятельности, не связанной с общением, и реакциями тревоги в тех случаях, когда контакты осуществляются вне воли субъекта. Необходимость вступать в социальные контакты на работе может являться дополнительным источником стресса и напряжения, что снижает удовлетворенность от этой деятельности.

Таким образом, выявляются статистически достоверные связи между негативной субъективной оценкой качества жизни и социального функционирования депрессивных больных и такими личностными характеристиками, как пессимизм/гипотимия, интроверсия, ригидность, тревожность. Положительная корреляция отмечена между хорошим качеством жизни и оптимизмом, активностью, гипертимностью.

Для оценки веса, значимости выделенных факторов (личностных черт), влияющих на удовлетворенность жизнью, был проведен факторный анализ. Использован метод главных компонент с применением метода ортогонального вращения факторных нагрузок – варимакс нормализованный. Результаты факторного анализа приведены в факторной матрице (табл. 3).

Таблица 3

## Факторная матрица

Шкала СМИЛ	Фактор 1	Фактор 2
L Лжи	0,09	0,35
F Достоверности	,068	0,12
K Коррекции	-0,30	0,02
1 Сверхконтроля/ипохондри	0,65	0,48
2 Пессимизма/депрессии	0,40	<b>0,80</b>
3 Эмоциональной лабильности/истерии	0,62	0,29
4 Импульсивности/психопатии	0,63	-0,31
5 Маскулинности/феминизма	0,16	-0,21
6 Ригидности/паранойи	<b>0,76</b>	-0,04
7 Тревоги/психастении	<b>0,76</b>	0,38
8 Эмоц. напряженности/шизофрении	<b>0,81</b>	0,23
9 Оптимизма/гипомании	0,45	-0,68
0 Интроверсии/экстрроверсии	0,22	<b>0,70</b>

По первому фактору наибольший вес имеют показатели «эмоциональная напряженность/индивидуалистичность», «тревога» и «ригидность», которые можно обозначить как «фиксированная тревожность». По второму фактору наибольший вес отмечен у показателей «депрессия» и «интроверсия»; эти факторы можно обозначить как «депрессивная эгоцентричность». Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что данные личностные характеристики в сочетании с депрессивным расстройством обуславливают более выраженное снижение качества жизни.

Таким образом, субъективное ощущение не-удовлетворенности своей жизнью тесно связано с глубиной депрессии и с некоторыми личностными особенностями. Снижение качества жизни и социального функционирования депрессивных пациентов связано с такими характеристиками, как пессимизм, гипотимия, пассивность, напряженность, тревожность, ригидность, интроверсия. Субъективное ощущение удовлетворенности жизнью зависит от таких параметров, как гибкость и спонтанность в общении, оптимизм, активность в расширении круга контактов, интерес к новому, открытость, достаточная способность к вытеснению отрицательных эмоций.

Обобщая анализ полученных данных соотношения уровня депрессии, тревоги, личностных характеристик, оцененных по методике СМИЛ, с уровнем социального функционирования и удовлетворенности жизнью, можно констатировать, что депрессивные расстройства взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как пессимистичность, гипотимия, тревожность, пассивность, ригидность, интроверсия. Депрессивные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов, особенно нарушается общение за пределами семьи. Страдает умение взаимодействовать со средой организовывать свое окружение в соответствии со своими потребностями, чувство контроля своей жизни. Снижаются познавательная активность больных, интерес к новому.

## Литература

1. Азаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Коломиец Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 18–20.
2. Аргайл М. Психология счастья. – М.: Прогресс, 1990. – 336 с.
3. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология. – М., 1998. – 947 с.
4. Березин Ф. Б. Мирошников М. П. Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина, 1976. – 176 с.
5. Дубский С. В., Куприянова И. Е., Чойнзонов Е. Л., Балацкая Л. Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 17–21.
6. Залевский Г. В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 3. – С. 32–36.
7. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 76–78.
8. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6. – С. 63–65.

9. Ситдиков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
10. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СММЛ (ММПИ). – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
11. Gilbert P. Depression. The evolution of powerlessness. – Hove : Lawrence Erlbaum, 1992.
12. Hautzinger, de Jong-Meyer. Depressionen / In H. Reinecker (Hrsg.) // Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. – Göttingen : Hogrefe, 1994. – 2, überarb. U. erw. Aufl. – S. 177–218.
13. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – V. 69, № 4. – P. 719–727.
14. Seligman M. E. P. Depression and learned helplessness / P. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.) // The psychology of depression: Contemporary theory and research. – New York : Wiley, 1974. – P. 83–125.
15. Whybrow P. C., Akiskal H. S., McKinney W. T. Mood disorders. Toward a new psychobiology. – New York : Plenum, 1984.

#### Транслитерация русских источников

1. Agarkova L.A., Kupriyanova I.E., Balatskaya L.N., Kolomiets L.A., Dikke G.B., Semke V.A., Markov A.A., Nesmelova V.A. [Comparative research of quality of life in women with gynecological benign and malignant tumors]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2004; 1: 18–20. (In Russ.).
2. Argail M. [Psychology of happiness]. Moscow: Progress, 1990. 336 p. (In Russ.).
3. Baumann U., Perre M. [Clinical psychology]. Moscow, 1998. 947 p. (In Russ.).
4. Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Rozhanets P.B. [Technique of multilateral investigation of the personality (in clinical medicine and psychohygiene). Moscow: Meditsina, 1976. 176 p. (In Russ.).
5. Dubsky S.V., Kupriyanova I.E., Choinzonov E.L., Balatskaya L.N. [Psychological rehabilitation and life quality assessment for patients with thyroid cancer]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2008; 4: 17–21. (In Russ.).
6. Zalevsky G.V. [Theory of subject and fixed forms of behaviour]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2003; 24(3): 32–36. (In Russ.).
7. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya. [Quality of life – a leading paradigm of the contemporary psychiatry (according to materials of the XIIIth World Congress of Psychiatry)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 1: 76–78. (In Russ.).
8. Kupriyanova I.E., Chuikova K.I., Kovaleva T.A., Alekseeva E.A. [Mental health and quality of life in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6: 63–65. (In Russ.).
9. Sitdikov Z.A., Kupriyanova I.E. [Theoretic-methodological aspects of study of quality of life and mental health in different social-professional groups of the population]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 2: 15–17. (In Russ.).
10. Sobchik L.N. [Multifactor method of personality investigation (ММПИ)]. Saint-Petersburg: Rech, 2002. 219 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008:615.851  
ББК 56.14-32+53.57

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМА

Красильников Г. Т.<sup>\*1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России  
350063, Краснодар, ул. Седина 4

<sup>2</sup> Краснодарское ВВАУЛ (ВИ) МО РФ  
350005, Краснодар, ул. Дзержинского, 135

Описываются два направления в отечественной психотерапии: клиническая и психологическая психотерапии, различающиеся по объекту (пациенты или клиенты) и по средствам. Отмечается, что в рамках психологической психотерапии, обычно проблемно ориентированной, диагностике уделяется второстепенное значение, а в клинической психотерапии, где проходят лечение лица с психическими расстройствами, симптомы и психиатрический диагноз имеют существенное значение. Проводится анализ клинического феномена и симптома в психотерапии, симптоматической психотерапии. **Ключевые слова:** клиническая психотерапия, психологическая психотерапия, симптом, феномен.

**PSYCHOTHERAPEUTIC MEANING OF A SYMPTOM.** Krasilnikov G. T. Kubansky State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Sedin Street 4, 350063, Krasnodar, Krasnodar Krai. Krasnodarsky Higher Military Aviation School. Dzerzhinsky Street., 135, 350005, Krasnodar, Krasnodar Krai.* The article describes two branches of domestic psychotherapy: clinical and psychosocial psychotherapy, differing in their object (patients or clients) and means. It is noted that for psychological psychotherapy, usually problem-oriented, diagnostics is of secondary importance, and in clinical therapy, where the treatment of people with mental disorders occurs, symptoms and psychiatric diagnosis are essential. The analysis of a clinical phenomenon and a symptom in psychotherapy, symptomatic psychotherapy is carried out. **Keywords:** clinical psychotherapy, psychological psychotherapy, symptom, phenomenon.

Современная психотерапия определяется как самостоятельная научная дисциплина и ассоциированная с ней практика. Бурное ее развитие, разнообразие направлений, течений и школ, основанных на различных терапевтических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже ее единого определения, а число методов превышает 500 (7, 12). В отечественной психотерапии можно выделить два различных направления: клиническая и психологическая психотерапия, различающиеся по объекту (пациенты или клиенты) и по средствам. При медицинском (клиническом) подходе к пониманию психотерапии, где акцент делается на объекте терапии, она определяется как система психического (психологического) воздействия на психику, а через нее и весь организм человека или группу с целью лечения или профилактики заболеваний, стойкой дезадаптации, развития здоровья.

\* Красильников Геннадий Тимофеевич, д.м.н., проф., ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС. Электронный адрес: gennadykras@mail.ru