

Р.К. Назыров, С.П. Калганов, И.С. Лысенко

## СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫБРАВШИХ АКТИВНУЮ И ПАССИВНУЮ ПОЗИЦИЮ В ПСИХОТЕРАПИИ. Часть 2

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского  
(Россия, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34)

*Актуальность* определяется необходимостью решения одной из самых сложных методологических задач в доказательной психотерапии – оценкой клинических, медико- и клиничко-психологических изменений пациента в процессе психотерапии для повышения ее эффективности с одновременным снижением продолжительности.

*Цель* – сравнительный анализ клиничко-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, активно выбирающих психотерапевтическое лечение и принимающих участие в психотерапии пассивно.

*Методология.* Используются клиничский и клиничко-психологический методы. Представлена динамика клиничко-психологических характеристик 82 пациентов с невротическими расстройствами в возрасте от 18 до 55 лет. Пациентов 1-й группы, которые активно выбрали психотерапию, было 45 человек (54,9%), 2-й группы – с пассивным участием – 37 (45,1%). В данной статье приведены материалы 2-й части исследования, раскрывающие эффективность лечения пациентов, выбравших психотерапию пассивно.

*Результаты и их анализ.* Результаты исследования показали, что большая эффективность психотерапии проявилась у пациентов 1-й группы. У пациентов 2-й группы, несмотря на снижение невротической симптоматики и улучшение ряда клиничко-психологических характеристик, отмечалось уменьшение уровня «конструктивной агрессии», что способствовало снижению желаний открыто проявлять свои эмоциональные переживания, формировать и реализовывать свои жизненные цели, отмечалось усиление невротической симптоматики, усиливающей межличностную изоляцию, а также снизился уровень интернальности в области отношений к здоровью и болезни.

*Заключение.* Полученные данные указывают на специфичность динамики клиничских и клиничко-психологических характеристик и дают основания предполагать позитивное влияние активного выбора психотерапии на ее эффективность, а также большее адаптационное значение невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией у пациентов, пассивно выбирающих психотерапию.

**Ключевые слова:** психотерапия, невротическое расстройство, клиничская психология, психодиагностика, клиничские особенности, клиничко-психологические факторы, лечебная модель.

---

✉ Назыров Равиль Каисович – д-р мед. наук, директор, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com;

Калганов Сергей Петрович – врач-психиатр-психотерапевт, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: 9shapiro9@gmail.com;

Лысенко Ирина Сергеевна – канд. психол. наук, зав. науч. частью, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), доцент каф. клиничской психологии, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (199178, г. Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., дом 13, лит. А), e-mail: neolira@yandex.ru

## Введение

В 1-й части статьи [10] указано, что в результате проведенного исследования в группе пациентов с активным выбором психотерапии наблюдалось повышение адаптационных ресурсов личности пациентов, в том числе изменение сознательных механизмов преодоления стресса (копинг-механизмов) и неосознаваемых стратегий (психологических защит). Отмечалось, что у пациентов с активным выбором психотерапии выявлено снижение напряженности большинства психологических защит как неосознанных способов снижения тревоги и травматичности переживаний, а также преобладание после психотерапии относительно адаптивных копинг-стратегий, направленных на проявление эмоций и сознательное отвлечение от актуальной травмирующей ситуации.

В данном сообщении приводятся результаты анализа динамики клинических и клиничко-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами и пассивным выбором психотерапевтического лечения. Данное исследование позволит усовершенствовать модель психотерапевтической помощи [1, 8].

## Материал и методы

Обследовали 82 пациента, находившихся в Отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и отделениях Клиники неврозов (Городская психиатрическая больница № 7 им. акад. И.П. Павлова) в возрасте 18–55 лет с невротическими расстройствами (F40–F48 по МКБ-10 [9]). В 1-й группе пациентов, активно выбравших психотерапию, было 45 (54,9 %) больных, во 2-й – пассивно участвующих в психотерапии по назначению лечащего врача – 37 (45,1 %). Распределение пациентов в группах по полу, возрасту, образованию, семейному и социальному статусу значительно не отличалось ( $p > 0,05$ ).

По клиническим группам, которые традиционно определяются в Петербургской

(Ленинградской) школе психотерапии [6], распределение пациентов значительно не отличались от группы с пассивным выбором: больные с истерическим типом невротического расстройства составили (64,6 %), с невротической – 22 (26,8 %), с неврозом навязчивых состояний – 7 (8,5 %). Длительность заболевания в исследуемой выборке пациентов – в интервале от нескольких недель до 20 лет, среднее значение – 4,8 лет.

Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 45–50 дней. Пациентов обследовали в первые три дня после госпитализации, до начала фармакотерапии и психотерапии и после прохождения лечения, перед выпиской.

С пациентами проводили индивидуальную и групповую личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию и фармакотерапию. Курс групповой терапии составил 40 ч., индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии – 30–35 ч. Пациенты с пассивным выбором изначально не проявляли заинтересованности в психотерапии, не рассматривали психотерапию как эффективный метод лечения, выразили согласие участвовать в связи с направлением лечащего врача, находясь в стационаре. В процессе психотерапии при опознавании роли психологических механизмов в возникновении и усилении невротической симптоматики отношение к психотерапии у пациентов менялось.

Методы исследования включали следующие:

- клинический (исследование анамнеза, оценка психического состояния, постановка и верификация диагноза, наблюдение, оценка клинической карты больного и другой медицинской документации);

- клиничко-психологический: методика «Я-структурный тест» (ISTA) [11, 12]. Средние статистические значения по шкалам находятся в диапазоне от 40 до 60 баллов, от 0 до 39 – меньше нормы, от 61 до 110 – выше нормы;

- симптоматический опросник SCL-90R [3, 13];

- методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) [4];

– методика для изучения копинг-поведения Э. Хайма [7];

– методика ТОБОЛ («Тип отношения к болезни») [5];

– методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) [2].

Статистический анализ был представлен методом описательной статистики и сравнительным анализом с применением t-критерия Стьюдента. Для расчетов применяли пакет программного обеспечения SPSS 19.0. Результаты считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты и их анализ

При оценке динамики клинико-психологических характеристик у больных 2-й группы до и после лечения, так же как и в 1-й [10], отмечалась положительная динамика ряда психологических показателей.

Например, у пациентов 2-й группы по методике ISTA до лечения были выявлены высокие показатели деструктивного переживания страха (С2), дефицитарного внешнего

(О3) и внутреннего Я-отграничения (О'3), низкие показатели конструктивных переживаний агрессии (А1), внешнего Я-отграничения (О1) и нарциссизма (Н1). Выявленные личностные характеристики указывали на выраженное переживание страха, негативно влияющее на поведение и общение, высокую эмоциональную реактивность, трудности в дифференциации различных собственных эмоциональных состояний и социальную гиперадаптивность (табл. 1).

После лечения выявлялись как позитивные изменения: снижение низкой выраженности деструктивного переживания страха (С2), дефицитарного внешнего (О3) и внутреннего Я-отграничения (О'3), повышение показателей конструктивного внешнего Я-отграничения (О1), что свидетельствует о снижении выраженности переживания страха и его негативного влияния на общение и жизнедеятельность, повышении способности дифференцировать чувства и эмоциональные состояния, регулировать отношения с окружающими, – так и негативные: снижение низких значений конструктивного

Таблица 1

Показатели Я-структурного теста во 2-й группе пациентов в динамике, (М ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Агрессия конструктивная (А1)	25,6 ± 4,2	20,5 ± 3,9	0,05
Агрессия деструктивная (А2)	57,1 ± 1,7	56,7 ± 1,8	
Агрессия дефицитарная (А3)	57,0 ± 2,7	55,6 ± 2,3	
Страх конструктивный (С1)	44,2 ± 2,2	44,0 ± 2,3	
Страх деструктивный (С2)	70,4 ± 2,8	63,1 ± 2,6	0,001
Страх дефицитарный (С3)	54,9 ± 2,9	57,0 ± 2,3	
Внешнее Я-отграничение конструктивное (О1)	39,9 ± 2,1	42,8 ± 2,4	0,03
Внешнее Я-отграничение деструктивное (О2)	56,9 ± 3,4	57,7 ± 3,3	
Внешнее Я-отграничение дефицитарное (О3)	61,3 ± 2,2	56,9 ± 1,8	0,01
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (О'1)	33,8 ± 3,2	37,6 ± 2,6	
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (О'2)	57,7 ± 2,4	55,0 ± 3,0	
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (О'3)	59,9 ± 2,0	55,6 ± 2,0	0,01
Нарциссизм конструктивный (Н1)	39,5 ± 3,3	36,2 ± 3,9	
Нарциссизм деструктивный (Н2)	54,0 ± 2,4	56,0 ± 2,7	
Нарциссизм дефицитарный (Н3)	58,6 ± 2,9	56,2 ± 2,9	
Сексуальность конструктивная (S1)	44,9 ± 2,4	44,2 ± 2,9	
Сексуальность деструктивная (S2)	47,5 ± 2,3	46,3 ± 2,2	
Сексуальность дефицитарная (S3)	49,5 ± 2,1	49,9 ± 2,6	

Таблица 2

## Показатели по опроснику SCL-90R у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Соматизация (SOM)	1,3 ± 0,2	1,2 ± 0,1	
Обсессивность-компульсивность (О-С)	1,4 ± 0,2	1,3 ± 0,2	
Межличностная сензитивность (INT)	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,1	
Депрессия (DEP)	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2	
Тревожность (ANX)	1,7 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,02
Враждебность (HOS)	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,2	
Фобическая тревожность (PHOB)	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,1	
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,8 ± 0,2	1,0 ± 0,1	
Психотизм (PSY)	0,7 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,03
Дополнительные вопросы	1,2 ± 0,2	1,0 ± 0,1	
Индекс выраженности психопатологических жалоб (GSI)	1,3 ± 0,2	1,1 ± 0,1	
Индекс широты психопатологической симптоматики (PSI)	51,8 ± 4,0	41,0 ± 4,4	0,001
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	2,0 ± 0,1	0,8 ± 0,0	0,001

переживания агрессии (A1), что указывает на снижение тенденции к активному построению собственной жизни после лечения при пассивном выборе психотерапии (см. табл. 1).

По методике SCL-90R отмечались достоверные различия в динамике клинического состояния пациентов 2-й группы после проведенной психотерапии (табл. 2). В период после лечения у пациентов в среднем снизился уровень выраженности тревожной симптоматики, индекс широты симптоматических жалоб PSI, что свидетельствует о снижении общего числа симптоматических жалоб, и зафиксировано снижение индекса симптоматического дистресса PSDI, который

является мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов, и показывает снижение уровня беспокойства (см. табл. 2).

При этом наряду с общим улучшением симптоматического статуса и снижением дистресса у пациентов 2-й группы по опроснику SCL-90R также повысился уровень выраженности симптоматики, представляющей межличностную изоляцию, что наверняка отражается в затруднениях, связанных с межличностным общением и адаптацией (см. табл. 2).

По методике «ИЖС» (табл. 3) после лечения у пациентов 2-й группы наблюда-

Таблица 3

## Показатели механизмов психологической защиты по методике «ИЖС» у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Отрицание	41,1 ± 6,4	71,0 ± 15,4	
Подавление	59,6 ± 6,8	42,2 ± 5,6	0,001
Регрессия	65,6 ± 5,3	44,6 ± 5,2	0,001
Компенсация	43,9 ± 6,5	32,6 ± 4,1	0,003
Проекция	56,9 ± 6,0	49,7 ± 5,6	0,02
Замещение	53,9 ± 5,8	39,0 ± 5,4	0,001
Интеллектуализация	57,2 ± 6,8	43,7 ± 5,8	0,001
Реактивные образования	69,7 ± 5,7	49,7 ± 4,8	0,001

лось значительное снижение интенсивности механизмов психологической защиты, что говорит об относительном улучшении, повышении адаптивности мотивационно-поведенческого аспекта внутренней картины болезни. Выраженность отрицания как механизма психологической защиты несколько повысилась, что указывало на сохранение незрелых механизмов снижения тревоги.

По методике Э. Хайма, до лечения у пациентов 2-й группы с невротическими рас-

стройствами в когнитивной сфере среди различных копинг-стратегий преобладала «растерянность», в эмоциональной сфере – «подавление эмоций», в поведенческой – «отступление», то есть до лечения для большинства пациентов были более характерны подавление, недопущение чувств, адекватных ситуации, и отодвигание собственных потребностей на второй план, тенденция к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств (табл. 4).

Таблица 4

**Показатели копинг-стратегий по тесту Э. Хайма у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл**

Показатель	Период психотерапии		p <
	до	после	
Когнитивная сфера			
Игнорирование	2,8 ± 0,4	3,0 ± 0,3	
Смирение	3,3 ± 0,5	2,5 ± 0,3	0,03
Диссимуляция	3,4 ± 0,4	3,0 ± 0,4	
Сохранение самообладания	3,0 ± 0,4	3,0 ± 0,4	
Проблемный анализ	4,5 ± 0,5	4,7 ± 0,5	
Относительность	3,9 ± 0,4	4,1 ± 0,5	
Религиозность	4,1 ± 0,5	3,0 ± 0,4	0,004
Растерянность	5,2 ± 0,4	4,9 ± 0,5	
Придача смысла	3,4 ± 0,5	3,8 ± 0,5	
Установка собственной ценности	3,3 ± 0,5	3,9 ± 0,5	
Эмоциональная сфера			
Протест	2,8 ± 0,4	2,5 ± 0,4	
Эмоциональная разрядка	2,5 ± 0,5	3,5 ± 0,6	0,03
Подавление эмоций	3,6 ± 0,5	3,0 ± 0,5	0,05
Оптимизм	4,0 ± 0,5	3,7 ± 0,5	
Пассивная кооперация	4,0 ± 0,5	4,0 ± 0,5	
Покорность	3,2 ± 0,5	3,6 ± 0,5	
Самообвинение	2,6 ± 0,4	2,7 ± 0,4	
Агрессивность	2,8 ± 0,5	3,1 ± 0,5	
Поведенческая сфера			
Отвлечение	3,4 ± 0,5	3,0 ± 0,4	
Альтруизм	3,6 ± 0,5	2,9 ± 0,4	0,004
Активное избегание	3,3 ± 0,4	3,2 ± 0,4	
Компенсация	3,5 ± 0,5	3,3 ± 0,5	
Конструктивная активность	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4	
Отступление	4,5 ± 0,5	5,5 ± 0,5	0,001
Сотрудничество	3,9 ± 0,5	3,9 ± 0,5	
Обращение	3,5 ± 0,5	3,6 ± 0,5	

После лечения снизилась частота использования неадаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий: «религиозность» (стойкость в вере) и «смирение» (принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода философии стоицизма) в когнитивной сфере, «подавление эмоций». При этом повысилась частота использования эмоциональной разрядки (эмоциональная стратегия), поведения, которое направлено на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием; снизилась частота проявления «альтруизма» как показатель способности понимать и учитывать собственные потребности в поведении и общении с окружающими. Повысилась частота «отступления», что является показателем развития пассивности в поведении при преодолении стрессовых ситуаций (см. табл. 4).

По методике ТОБОЛ (табл. 5) в структуре внутренней картины болезни у пациентов после лечения преобладание внутренней картины болезни ипохондрического типа сменилось преобладанием меланхолическо-

го типа отношения к болезни в сочетании с апатическим, что отразилось в депрессивном фоне и пессимистической настроенности по отношению к перспективе лечения, в пассивном подчинении процедурам и лечению, безразличии к исходу болезни, вялости и апатии в поведении.

По методике «УСК» после лечения у пациентов 2-й группы отмечался достоверно более высокий уровень общей интернальности, а также интернальности в области семейных отношений, производственных и межличностных отношений (табл. 6). Вместе с тем после лечения у этих пациентов достоверно уменьшился показатель интернальности в области отношений к здоровью и болезни с  $(4,2 \pm 0,5)$  до  $(3,3 \pm 0,5)$  стенов (при средней статистической норме от 4 до 6), что отразилось в снижении чувства ответственности по отношению к самому себе и надежде на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

*Обсуждение результатов.* Результаты проведенного исследования показали, что

Таблица 5

## Показатели по методике ТОБОЛ у пациентов 2-й группы в динамике, (M ± m) балл

Показатель внутренней картины болезни	Период психотерапии		p <
	до	после	
Без нарушения психической и социальной адаптации			
Гармонический	14,2 ± 3,7	10,9 ± 2,7	
Эргопатический	12,0 ± 2,5	11,8 ± 2,0	
Анозогнозический	3,5 ± 1,3	3,2 ± 1,2	
С нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интрапсихической направленностью личностного реагирования			
Тревожный	15,1 ± 2,3	14,9 ± 2,3	
Ипохондрический	17,6 ± 2,1	16,0 ± 1,7	
Неврастенический	16,1 ± 1,5	16,5 ± 1,7	
Меланхолический	13,8 ± 2,8	20,1 ± 4,7	0,008
Апатический	10,2 ± 2,1	13,3 ± 2,4	0,007
С нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интерпсихической направленностью личностного реагирования			
Сенситивный	16,0 ± 1,7	17,9 ± 2,0	
Эгоцентрический	11,5 ± 1,7	11,8 ± 1,9	
Паранойальный	8,9 ± 1,4	8,2 ± 1,4	
Дисфорический	10,6 ± 2,0	8,0 ± 1,7	

Таблица 6

Показатели по методике «УСК» у пациентов 2-й группы в динамике, ( $M \pm m$ ) стев

Показатель интернальности	Период психотерапии		p <
	до	после	
Общий (Ио)	12,1 ± 2,5	23,0 ± 0,9	0,001
В области достижений (Ид)	6,0 ± 0,5	5,9 ± 0,5	
В области неудач (Ин)	5,7 ± 0,4	5,7 ± 0,3	
В семейных отношениях (Ис)	6,3 ± 0,3	7,0 ± 0,3	0,002
В области производственных отношении (Ип)	3,4 ± 0,4	4,1 ± 0,4	0,001
В области межличностных отношений (Им)	4,3 ± 0,4	6,0 ± 0,4	0,001
В отношении здоровья и болезни (Из)	4,2 ± 0,5	3,3 ± 0,5	0,001

психотерапевтическое лечение оказалось в целом эффективным в группе пассивного выбора, снизился уровень выраженности невротической симптоматики, что свидетельствует об улучшении психического статуса пациентов. Наблюдалось повышение адаптационных ресурсов личности пациентов, о чем говорит снижение интенсивности работы механизмов психологической защиты. Кроме того, отмечалось преобладание относительно адаптивных копинг-стратегий, направленных на проявление эмоций и отвлечение от актуальной травмирующей ситуации.

В группе пациентов пассивного выбора психотерапии психическое состояние до лечения в большей степени, чем после лечения, характеризовалось выраженностью тревожности, склонности к беспокойству, опасениями относительно своего будущего, недоверием по отношению к окружающим людям. Также состояние больных определялось слабостью эмоционального контроля, неспособностью к достаточной концентрации усилий и импульсивностью, непоследовательностью в интерперсональных отношениях, конформностью и несамостоятельностью.

После психотерапевтического лечения ранее представленные характеристики снизились, редуцировались, что говорит об эффективности лечения. Также после лечения снизилась тенденция к образованию симбиотических отношений, возросла способность выстраивать более зрелые «конструктивно автономные» межличностные отношения.

Однако после психотерапевтического лечения уменьшился уровень «конструктивной агрессии», что указывает на относительное угнетение активной деятельной личностной позиции, снижение желания открыто проявлять свои эмоциональные переживания, формировать и реализовывать свои собственные жизненные цели и задачи.

Повысился уровень выраженности симптоматики, представляющей межличностную изоляцию, что может отражаться в затруднениях, связанных с межличностным общением и адаптацией.

В структуре внутренней картины болезни после лечения в среднем преобладали «меланхолический» и «апатический» компоненты отношения к болезни, что отразилось в депрессивном фоне и пессимистической настроенности по отношению к перспективе лечения, пассивном подчинении процедурам и лечению, безразличии к исходу болезни, вялости и апатии в поведении. После лечения значительно более выраженной оказалась стратегия совладающего поведения, которая направлена на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным реагированием.

Снижение уровня интенсивности работы механизмов психологической защиты среди пациентов группы пассивного выбора психотерапии говорит об относительном улучшении, повышении адаптивности мотивационно-поведенческого аспекта внутренней картины болезни.

В период после лечения отмечался более высокий уровень общей интернально-

сти и интернальности в области семейных отношений, производственных и межличностных отношений. Таким образом, после психотерапевтического лечения у пациентов отмечалась более ответственная позиция относительно событий семейной жизни, складывающихся отношений в коллективе, своего продвижения и карьерного роста. Ими принималась ответственность за контроль своих неформальных отношений с другими людьми. Вместе с тем после лечения у пациентов снизился уровень интернальности в области отношений к здоровью и болезни, что отразилось в снижении ответственности за самих себя и надежде на то, что выздоровление наступит в результате действий других людей, прежде всего врачей.

### Выводы

Полученные данные о динамике клинических и клинико-психологических характеристик дают основания предполагать

в целом позитивное влияние психотерапии в случае ее пассивного выбора пациентами с невротическими расстройствами. Эффективность психотерапии подтвердилась позитивными изменениями по некоторым показателям, однако нарастание после лечения невротической симптоматики, отражающей трудности в межперсональной коммуникации, подтверждает адаптационное значение невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией, а снижение интернальности по отношению к здоровью и болезни отражает отказ от ответственности со своей стороны и надежду на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Таким образом, результаты проведенного исследования могут иметь большое значение для применения психотерапии в клинике – полученные данные позволят уточнить стратегию клинической психотерапии при лечении невротических расстройств.

### Литература

1. Арсеньева В.В., Бубнова И.В., Громыко Д.И. [и др.]. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов и клинич. психологов / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 496 с.
2. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Т. 5, № 3. С. 152–162.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М., 2002. 439 с.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 54 с.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. [и др.]. Копинг-поведение (механизмы совладания) как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 28 с.
8. Ляшкова С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 89–98.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайн, 1994. 303 с.
10. Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 1 // Вестн. психотерапии. 2022. № 82. С. 5–15.
11. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В. [и др.]. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: С.-Петербург. науч. исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
12. Ammon G. Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie // *Dynamische Psychiatrie*. 1978. Jg. 11. S. 120–140.



13. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report // *Psychopharmacology Bulletin*. 1973. Vol. 9, N 1. P. 13–28.

Поступила 25.04.2022 г.

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

**Участие авторов:** Р.К. Назыров – планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; С.П. Калганов – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, подготовка первого варианта статьи; И.С. Лысенко – обобщение и статистическая обработка полученных результатов.

**Для цитирования:** Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 2 // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 5–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-05-14

R.K. Nazyrov, S.P. Kalganov, I.S. Lysenko

## Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 2

Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology  
(32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia)

✉ Ravil' Kaisovich Nazyrov – Dr. Med. Sci., director, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com;

Sergei Petrovich Kalganov – psychiatrist-psychotherapist, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: 9shapiro9@gmail.com;

Lysenko Irina Sergeevna – PhD Psychol. Sci., senior lecturer, Department of Clinical Psychology, Head of Science Department, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: i.lysenko@ipmp-spb.ru

### Abstract

*The relevance* is determined by the need to solve one of the most difficult methodological problems in evidence-based psychotherapy – assessment of clinical, medical- and clinical-psychological changes in patients during psychotherapy in order to increase its effectiveness and simultaneously reduce its duration.

*The objective* is to perform comparative analysis of clinical and psychological characteristics of patients with neurotic disorders who actively choose psychotherapeutic treatment and passively participate in psychotherapy.

*Methods.* Clinical and clinical-psychological methods were used. The dynamics of clinical and psychological characteristics of 82 patients with neurotic disorders aged 18 to 55 years is presented. Forty five persons (54.9 %) actively chose psychotherapy and 37 persons (45.1 %) – passively. These groups were homogeneous in terms of gender, age and other socio-demographic characteristics. Here Part 2 of the article is presented revealing the treatment effectiveness in patients who have chosen psychotherapy passively.

*Results and discussion.* The results of the study showed that the greater efficiency of psychotherapy was observed in Group 1 patients. Group 2 patients, despite a decrease in neurotic symptomatology and improvement of some clinical and psychological characteristics, had a decrease in the level of “constructive aggression,” which contributed to a decrease in the desire to openly express their

emotional experiences, to form and implement their life goals, there was an increase in neurotic symptomatology, which increased interpersonal isolation, and a decrease in the level of internalism in the relationship to health and illness.

**Conclusion.** The data obtained indicate the specificity of the dynamics of clinical and clinical and psychological characteristics and give reason to assume positive effects of the active choice of psychotherapy on the effectiveness of psychotherapy.

**Keywords:** psychotherapy, neurotic disorder, clinical psychology, psychodiagnostics, clinical features, clinical and psychological factors, treatment model.

### References

1. Arsen'eva V.V., Bubnova I.V., Gromyko D.I. [et al.]. *Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii* [Clinical psychotherapy in narcology]. Eds.: R.K. Nazyrov, D.A. Fedoryak, S.V. Lyashkovskaya. St. Petersburg. 2012. 496 p. (In Russ.)
2. Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. Metod issledovaniya urovnya sub'ektivnogo kontrolya [Method for studying the level of subjective control]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1984; 5(3):152–162. (In Russ.)
3. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moscow. 2002. 439 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I. Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnostics of the life style index]. St. Petersburg. 2005. 54 p. (In Russ.)
5. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni [Psychological diagnosis of attitude to the disease]. St. Petersburg. 2005. 32 p. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow. 1990. 576 p. (In Russ.)
7. Karvasarskii B.D., Ababkov V.A., Vasileva A.V. [et al.]. Koping-povedenie (mekhanizmy sovladaniya) kak soznatel'nye strategii preodoleniya stressovykh situatsii i metody ikh opredeleniya [Coping behavior (coping mechanisms) as conscious strategies for overcoming stressful situations and methods for their determination]. St. Petersburg. 2007. 28 p. (In Russ.)
8. Lyashkovskaya S. V., Tashlykov V. A., Semenova N. V. Podkhody k opredeleniyu i tipologii mishenei psikhoterapii v kontekste zadach sovershenstvovaniya individual'nykh programm psikhoterapii [Approaches to the definition and typology of targets of psychotherapy in the context of the tasks of improvement of individual programs of psychotherapy]. *Obozrenie psikhologii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2017; (1):89–98. (In Russ.)
9. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv : MKB-10 [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. Eds.: Yu.L. Nuller, S.Yu. Tsirkin. St. Petersburg. 1994. 303 p. (In Russ.)
10. Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vybravshikh aktivnuyu i passivnuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast' 1 [Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 1.]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (82):5–15. (In Russ.)
11. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V. [et al.]. Ya-strukturnyi test Ammona. Oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne [Ammon's I-structural test. Questionnaire for assessing central personality functions at the structural level]. St. Petersburg. 1998. 70 p. (In Russ.)
12. Ammon G. Das Verstandniseines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*. 1978; (11)120–140. (In German)
13. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973; 9(1):13–28.

Received 25.04.2022

**For citing:** Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vybravshikh aktivnuyu i passivnuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast' 2. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):5–14. (In Russ.)

Nazyrov R.K., Kalganov S.P., Lysenko I.S. Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active versus passive role in psychotherapy. Part 2. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):5–14. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-05-14