

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.85-06:616.89:615.214:615.851.6:616-036.8

Для цитирования: Скутин А.В., Громов В.А., Шайхетдинов Р.Г., Мороз И.Н. Эффективность и сравнительные результаты использования психотехнологических методов психокоррекционного воздействия – гаудиумотерапии и гелототерапии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 2 (123). С. 75-85. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-75-85](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-75-85)

Эффективность и сравнительные результаты использования психотехнологических методов психокоррекционного воздействия – гаудиумотерапии и гелототерапии

Скутин А.В.¹, Громов В.А.², Шайхетдинов Р.Г.³, Мороз И.Н.⁴

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры»
Россия, 454091, Челябинск, ул. Орджоникидзе, 1

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»
Россия, 454080, Челябинск, пр. Ленина, 69

³ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)»
Россия, 454080, Челябинск, пр. Ленина, 76

⁴ ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1»
Россия, 454087, Челябинск, ул. Кузнецова, 2

РЕЗЮМЕ

Введение. В настоящее время во всём мире и в Российской Федерации наблюдается неуклонный рост психических расстройств, включая непсихотические, в связи с этим актуален поиск безопасных, не требующих особых финансовых затрат оригинальных психотерапевтических методик, в то же время обладающих доступностью и минимальными побочными эффектами. **Цель:** сравнительная оценка методов психокоррекционного воздействия – гаудиумотерапии и гелототерапии, применявшихся в составе комплексного лечения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. **Материал и методы.** Исследование выполнено на базе отделения невротических и пограничных состояний Областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 Челябинска в сентябре-октябре 2023 г. В выборку исследования включены пациенты (n=143) в возрасте 22-65 лет с диагностированными по МКБ-10 невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48). Всем пациентам проведена стандартная психофармакотерапия. Выборка была разделена на 2 группы пациентов: 1-я группа (n=70) – дополнительно проведена гелототерапия, 2-я группа (n=73) – гаудиумотерапия. При обследовании больных применяли общие клинические методы и клинико-психопатологическую оценку состояния пациентов с использованием психометрических опросников для количественной и качественной оценки выраженности симптоматики: опросник для выявления и оценки невротической симптоматики (К.К. Яхин и Д.М. Менделевич), опросник качества жизни SF-36, опросник определения уровня невротизации и психопатизации. **Результаты.** Установлено положительное статистически значимое влияние гелототерапии и гаудиумотерапии на психическое состояние больных. Выявлено преобладающее статистически значимое воздействие гелототерапии на болевой фактор по сравнению с гаудиумотерапией согласно сравнительным данным на момент поступления в стационар и по окончании терапии: 55,4±3,6 и 38,4±2,9 балла (p<0,001) против 46,3±4,6 и 36,5±2,1 балла (p<0,01). В то же время гаудиумотерапия оказала более выраженное статистически значимое влияние на нивелирование невротической депрессии по опроснику К.К. Яхина, Д.М. Менделевича по сравнению с гелототерапией: -4,08±5,31 и 3,68±4,50 балла (p<0,001) против -3,85±5,56 и 1,58±3,71 балла (p<0,01). Обнаружено более высокое статистически значимое влияние на снижение уровня невротизации гаудиумотерапии по сравнению с гелототерапией: 19,65±11,47 и 38,76±21,27 балла (p≤0,01) против 25,45±13,28 и 34,73±10,49 балла (p≤0,05). **Заключение.** Доказательно подтверждена целесообразность применения в сочетании с психофармакотерапией гаудиумотерапии и гелототерапии в рамках групповой психотерапии (10 занятий) пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психофармакотерапия, психотерапия, гелототерапия (смехотерапия), гаудиумотерапия (радость-терапия).

ВВЕДЕНИЕ

Смех есть своеобразная верхушка эмоционального айсберга, название которому – радость. Согласно нашему пониманию, именно радость как базисное жизнеутверждающее состояние эмоций психически здорового человека является фундаментом построения психически здоровой личности. В течение последних лет (2022-2023 гг.) был разработан ещё один недирективный метод психотерапии, родственной гелототерапии (патент РФ на изобретение № 2357764/10.06.2009 – взрослая гелототерапия, патент РФ на изобретение № 2579611/10.03.2016 – детская гелототерапия, разрешение Росздравнадзора – ФС №2010/303 от 20.08.2010) и подтверждённый патентом на изобретение № 2798720 от 23.07.2023 – радость-терапия (гаудиумотерапия) [1]. Смехомедитативный метод основывается на положении, что человек жизнерадостен, бодр, счастлив, лучше справляется со стрессовой ситуацией, когда находится в хорошем настроении и смеётся. Вместе с тем согласно последним научным данным зарубежных исследователей было доказано, что эмоция смеха не является определяющей, смех – как «верхушка вулкана, это апогей переполняющих позитивных чувств человека, изливающийся из него подобно струям магмы». Базисным состоянием, как выяснилось, является радость.

Физиологам давно известен факт, что финальным аккордом радостного состояния, наряду с улыбкой, является смех, помогающий преодолеть тревогу, сомнения и страх, обрести позитивный настрой и уверенность в себе. Зарубежные исследователи в середине XX в. изучали влияние радостного состояния на вегетативную нервную систему. Вёлся учёт таких показателей, как сердцебиение, дыхание, давление, влажность/сухость кожных покровов, электрическая проводимость и др. [2, 3]. Выяснилось также, что одновременно с активацией симпатико-адренало-медуллярной системы, если возбуждение продолжается около 1 часа, на следующем этапе происходит активация гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы с выделением кортизола [4, 5]. Некоторые авторы пришли к заключению, что общее физиологическое возбуждение прямо коррелирует с эмоцией радости, а не интенсивного смеха [6]. Учёными-гелотологами США и Европы было доказано позитивное влияние радостного состояния на психическое здоровье индивида. Исследования, проведённые группой зарубежных специалистов, подтверждают эффективность преобладающего влияния эмоции радости [7, 8, 9]. В последнее время выполнены исследования, посвящённые изучению эффективности гелототерапии, проведённые в России и заслуживающие научного внимания [10, 11, 12, 13, 14, 15].

В равной мере обращает на себя внимание широкий круг исследований в области пограничной психиатрии, посвящённых изучению эффективности методов психотерапии при нарушениях невротического спектра. В частности рассматривается роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем [19], при этом ведётся учёт эффективности междисциплинарного подхода [18], активно изучается возрастной аспект [20], рассматриваются вопросы психотерапии в области терминальной медицины (онкологии) [22].

В последнее время большое внимание уделяется эклектическому направлению в психотерапии, данный подход основывается на эффективности в решении проблем пациента [16, 24], актуальна проблематика персонализированной фармакотерапии в сочетании с психотерапией [21]. Всеобъемлюще освещаются вопросы семейных взаимоотношений [17] и психотерапии пищевого поведения [23]. Следовательно, психотерапия на современном этапе является действенным инструментом в реабилитации широкого диапазона психопатологических проявлений невротического уровня в сочетании с вегетативной дисфункцией, соматоневрологическими осложнениями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка методов психокоррекционного воздействия – гаудиумотерапии и гелототерапии, применявшихся в составе комплексного лечения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе 27-го отделения невротических и пограничных состояний (зав. отделением – д.м.н. И.Н. Мороз) Областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 Челябинска в сентябре-октябре 2023 г. В выборку исследования включены пациенты (n=143) в возрасте 22-65 лет с диагностированными по МКБ-10 невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48). Всем пациентам проведена стандартная психофармакотерапия. В дальнейшем выборка была разделена на две группы пациентов: 1-я группа (n=70) – дополнительно проведена гелототерапия, 2-я группа (n=73) – гаудиумотерапия. При обследовании больных применяли общие клинические методы и клинико-психопатологическую оценку состояния пациентов с использованием психометрических опросников для количественной и качественной оценки выраженности симптоматики: опросник для выявления и оценки невротической симптоматики (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), опросник качества жизни SF-36, опросник определения уровня невротизации и психопатизации.

В исследование не включались пациенты с грубыми органическими расстройствами ЦНС (ЧМТ, интоксикации, инфекции), психическими расстройствами в остром или подостром периоде, выраженными соматическими расстройствами (в том числе после хирургических вмешательств), эпилепсией. Исключалось также параллельное применение других психотерапевтических методик.

Все пациенты были ознакомлены с целями и методами исследования и подписали информированное добровольное согласие на участие.

Во 1-й группе (n=70) пациентов (гелототерапия) в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст 41,3±13,1 года) женщины преобладали над мужчинами (58 против 12). В соответствии с МКБ-10 были диагностированы следующие психические расстройства: смешанное диссоциативное расстройство (F44.7) – 23, органическое диссоциативное расстройство (F06.5) – 16, расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции (F43.21) – 15, расстройство адаптации в виде кратковременной депрессивной реакции (F43.20) – 10, обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 6. Вышеуказанные расстройства проявлялись высокой тревожностью, пониженным настроением, сверхценным отношением к своему здоровью и благополучию близких, фиксацией на актуальных и фокальных конфликтах (межличностных, семейных и производственных) и др.

Во 2-й группе (n=73) пациентов (гаудиумотерапия) в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст составил 40,1±16,4 года) выявлено преобладание женщин по сравнению с мужчинами (57 против 16). Согласно МКБ-10 в данной группе были диагностированы психические расстройства: смешанное диссоциативное расстройство (F44.7) – 31, органическое диссоциативное расстройство (F06.5) – 12, расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции (F43.21) – 12, обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 10, расстройство адаптации в виде кратковременной депрессивной реакции (F43.20) – 8. Таким образом, обе клинические группы были сопоставимы по результатам распределения по полу, возрасту и диагнозам.

Основной принцип комплексной программы лечения – рациональное сочетание фармакотерапии (поддерживающее фармакологическая коррекция антидепрессантами, транквилизаторами, витаминотерапия) с психотерапевтическими мероприятиями. Общий курс психотерапевтических тренингов составил 10 сеансов (как для гаудиумотерапии, так и для гелототерапии), продолжительность каждого сеанса варьировалась от 0,9 до 1,2 часа.

В рамках психодиагностического обследования использовались методы количественной и качественной оценки – клинический опросник для выявления и оценки невротической симптоматики (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), опросник качества жизни SF-36, опросник определения уровня невротизации и психопатизации (УНП). Выбранные экспериментально-психологические методы являются валидными, достаточно полно описывающими клинко-психопатологический статус на момент поступления пациентов в стационар и после применения гелототерапии и гаудиумотерапии.

Статистическая обработка полученных количественных данных проводилась с использованием последней версии (29.0.10) пакета программ SPSS. Для сравнения внутригрупповой выборки применяли t-критерий Вилкоксона, для оценки различий между группами – U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В начале групповых лечебных сессий с пациентами проводится развёрнутая беседа об изменении образа жизни с целью модификации поведенческого стереотипа и навыков реагирования на фоне гаудиумотерапии. К тренинговым занятиям подключается комплекс оздоровительных упражнений (обязательная утренняя гигиеническая гимнастика). В психологическом плане акцент сводится к жизненной позиции «здесь и сейчас», не жить прошлым и не уходить в грёзах в будущее, получать ежедневную радость от текущего жизненного момента. Предлагается позитивный настрой и активное восприятие окружающего мира: солнце, воздух, земля и вода, умение жить в гармонии с природой и собой, получать от этого удовольствие и улучшить качество жизни. Поддержанию положительного эмоционального состояния способствует питание свежей, сочной пищей, богатой витаминами, белками, углеводами, жирами, минералами. Чтобы избавиться от синдрома хронической усталости, необходимо гармоничное сочетание труда и отдыха, причём отдых желателен активный. Рекомендуются интеллектуальные (шашки, шахматы, нарды, библиотерапия) и подвижные (волейбол, футбол, баскетбол, настольный теннис, лыжи, коньки) игры, которые дополнительно формируют стабильное чувство радости. Отход ко сну не позже 22.00, так как общеизвестно, что пик выработки соматотропного гормона наблюдается с 22.00 до 24.00, что помогает человеку полноценно восстановиться после интенсивного трудового дня. Перед сном желательно поразмышлять о прожитом дне и вспомнить радостные эпизоды, зафиксировать их в своей памяти и с таким благожелательным настроением приступить к засыпанию.

Процесс проведения гаудиумотерапии состоит из 5 этапов в отличие от гелототерапии, где предполагается 4 этапа [10, 11]. Так же, как и методика гелототерапии, относится к краткосрочным методам психотерапии и проводится в течение 10 дней. На первом этапе для преодоления психологических проблем используются жизнеутверждающие установки, проговариваемые вслух участниками группы. Второй этап – научение навыкам ментально-образной медитации радости. Третий этап – дыхательные упражнения, направленные на активацию процесса радости. Четвертый этап предполагает проведение идеомоторных упражнений в виде аутогенной тренировки по И. Шульцу, прогрессивной мышечной релаксации (активной

и пассивной). Релаксационные техники помогают избавиться от психоэмоциональных нарушений в результате неблагоприятного стресса. Пятый этап включает сенсомоторно-коррекционные упражнения, направленные на закрепление чувства радости и выход на своеобразное плато стабильности душевного состояния, а также массажные техники (лечебный и расслабляющий массаж), элементы телесно-ориентированной психотерапии для устранения телесного напряжения, психологических и психосоматических проблем и невротической тревоги. Результаты средних показателей по данным психометрического обследования у пациентов при проведении гелототерапии и гаудиумотерапии представлены в таблицах 1, 2, 3.

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение средних показателей (баллы) по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978)

Шкала	Гелототерапия (n=70)		Гаудиумотерапия (n=73)		U-критерий Манна-Уитни	
	начальный	конечный	начальный	конечный	начальный	конечный
Тревога	0,75±3,58	1,64±3,11	0,68±3,32	1,78±2,82	0,89	0,17
Невротическая депрессия	-3,85±5,56	1,58±3,71**	-4,08±5,31	3,68±4,50***	0,21	0,001***
Астения	-1,97±4,93	3,08±4,71**	-1,91±4,75	4,53±4,83**	0,48	0,021**
Конверсионные расстройства	0,74±4,31	2,96±2,35*	0,36±4,48	3,26±3,41**	0,29	0,017*
Обсессивно-фобические расстройства	-0,93±4,81	1,86±2,49*	-0,61±3,04	2,17±4,27**	0,48	0,039**
Вегетативные расстройства	1,92±6,83	6,83±5,76*	1,98±5,93	8,04±6,14**	0,39	0,016**

П р и м е ч а н и е. Статистические значимые различия: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Более выраженные статистически значимые изменения обнаружены в группе гаудиумотерапии по шкалам невротической депрессии (3,68±4,50 против 1,58±3,71 балла, $p < 0,001$), менее выражен-

ные – по шкалам астении, вегетативных, обсессивно-фобических и конверсионных расстройств ($p < 0,01$), чем в группе гелототерапии. По шкале тревоги межгрупповых отличий не выявлено.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение средних показателей (баллы) общего благополучия и удовлетворенности жизнедеятельностью по данным опросника качества жизни SF-36

Шкала	Гелототерапия (n=70)		Гаудиумотерапия (n=73)	
	начальный	конечный	начальный	конечный
GH – общее здоровье	40,5±0,8	62,4±3,1**	39,3±0,5	70,2±0,9***
PF – физическое функционирование	39,1±5,9	50,4±3,8	41,1±4,2	52,7±3,3
RP – ролевое функционирование	20,1±3,5	27,1±3,6	22,9±2,5	28,1±2,6
RE – эмоциональное функционирование	25,4±6,1	26,6±5,7	27,2±5,9	27,6±6,9
SF – социальное функционирование	36,4±1,4	37,6±1,6	32,1±2,2	35,4±2,5
BP – болевой фактор	55,4±3,6	38,4±2,9***	46,3±4,6	36,5±2,1**
VT – жизнеспособность	31,4±2,5	52,6±2,3**	33,5±2,7	63,1±3,2***
MH – психологическое здоровье	36,5±3,6	61,7±3,5**	42,9±3,1	83,3±1,9***

П р и м е ч а н и е. Статистические значимые различия: ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Анализ данных, полученных с помощью опросника SF-36, показал, что включение гаудиумотерапии в комплексный алгоритм лечения невротических расстройств позволяет статистически значимо ($p < 0,001$) в большей мере повысить жизнеспособность и уровень психологического здоровья (63,1±3,2 против 52,6±2,3 балла, 83,3±1,9 против 61,7±3,5) в отличие от гелототерапии. Однако в группе гелототерапии зарегистрирована

статистически значимая ($p < 0,001$) более высокая интенсивность снижения болевого фактора, чем в группе гаудиумотерапии. Это связано, по нашему мнению, с проявляющейся с большей силой яркой эмоцией – смехом, а также с общеизвестным доказанным фактом воздействия на боль эндорфинов и энкефалинов, вырабатываемых в мозге в процессе смеха и являющихся эндогенными опиоидами человеческого организма.

Полученные данные свидетельствуют о статистически значимом ($p < 0,001$) более выраженном улучшении общего здоровья при использовании гаудиумо-, чем гелототерапии, и в целом отражают улучшение качества жизни пациентов в виде повышения значений физического и психологического компонентов здоровья.

В группах гелото- и гаудиумотерапии с незначительной разницей отмечена статистически зна-

чимая положительная динамика снижения уровня невротизации ($34,73 \pm 10,49$ и $25,45 \pm 13,28$, $p \leq 0,05$ против $38,76 \pm 21,27$ и $19,65 \pm 11,47$, $p \leq 0,01$) в виде уменьшения утомляемости, ипохондрической фиксации на болезненных проявлениях, раздражительности и тревоги, улучшения сна и настроения, появления веры в собственную ценность. По уровню психопатизации не выявлено статистически значимых отличий (табл. 3).

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение средних показателей (баллы) личностных черт по данным опросника для определения уровней невротизации и психопатизации (УНП)

Шкала	Гелототерапия (n=70)		Гаудиумотерапия (n=73)		U-критерий Манна-Уитни	
	начальный	конечный	начальный	конечный	начальный	конечный
Невротизация	25,45±13,28	34,73±10,49*	19,65±11,47	38,76±21,27**	0,68	0,009**
Психопатизация	11,21±6,29	15,56±5,51	12,59±5,68	16,52±5,77	0,85	0,075***

П р и м е ч а н и е. Статистические значимые различия: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Смехотерапия позиционируется как универсальный немедикаментозный подход к снижению стресса, депрессии и тревоги. Это неинвазивное, экономически эффективное и легко реализуемое вмешательство во время пандемии COVID-19 применяли для снижения нагрузки на психическое здоровье, усиления антистрессовых факторов, повышающих настроение и создающих оптимистичную психологическую атмосферу [24]. Несмотря на множество терапевтических подходов (медицинские клоуны, стендап, парадоксальный юмор, смех в йоге), практически отсутствуют исследования, оценивающие его потенциал для тяжело психически больных, остро нуждающихся в жизнеутверждающих впечатлениях, поэтому необходимы проекты для оценки использования этих методов при психических расстройствах [25]. Гелото- и гаудиумотерапия входят в гуманистическое направление когнитивно-поведенческой психотерапии и являются эклектическими методами, включая аутогипносуггестию, медитацию, элементы телесно-ориентированной психотерапии, массажа. Используется народный юмор с радостным подтекстом (исключается юмор скабрёзный, пошлый, с сальными шутками, циничный и саркастичный, на темы религии, т.е. уничижающий личность и достоинства другого человека). Смех снижает уровень кортизола, адреналина, гормона роста и 3,4-дигидрофенилуксусной кислоты (катаболита дофамина) в сыворотке крови, что указывает на изменение реакции на стресс. Эндорфины, выделяемые на стадии смеха, могут помочь при депрессии [26]. В обзоре рандомизированных исследований, посвящённом вмешательствам, вызывающим смех, показано положительное влияние на психическое (31 исследование, $n=1\,543$) и соматическое (21 исследование, $n=1\,105$) здоровье, физиологические процессы (14 исследований, $n=761$) [27].

В ходе проведения психотерапевтических сессий большинство пациентов при использовании гаудиумо- и гелототерапии указывали на появившееся чувство умеренного веселья, что косвенно свидетельствует о формировании у них состояния радости. Со снижением уровня невротизации пациенты обретают оптимизм, большую уверенность в себе и достижении целей. У большинства из них появилось чувство собственного достоинства и внутренний стержень, что вызвано повышением самооценки. Отмечались также социальная открытость, смелость, лёгкость в общении, возникновение чувства эмпатии в социальном взаимодействии, независимость.

Отличие гелототерапии от гаудиумотерапии заключалось в том, что по окончании гелототерапии (10-е занятие) участники психотерапевтической группы получали задание – описать в юмористическом ключе свою жизнь и психотравмирующие события. Большинство пациентов с удовольствием выполняли это тестовое задание. Излагая в проникнутой юмором манере краткие истории произошедших психотравм, они резюмировали, что освобождались от разрушительных длительных переживаний, прежних сомнений, неверия в свои силы, ложных убеждений, обретали внутреннюю свободу, уверенность в будущем успехе – и всё это благодаря весёлому, бодрому, юмористическому настроению. Данные результаты свидетельствуют об эффективности гелототерапии и формировании этапа устойчивой ремиссии. По словам участников группы, упражнения гаудиумотерапии пробудили стабильное внутреннее ощущение радости и спокойствия; по образному выражению одного из пациентов «натренировали психику, сделав её устойчивой к стрессам», сформировав, таким образом, плато ощущения здоровья и стабильности.

Примеры из клинической практики

Больная В, 59 лет. Поступила в клинику в тяжёлом состоянии. Жалобы на отсутствие сна, раздражительность, вспыльчивость, головные боли постоянного характера, чувство бессилия, апатию.

Психический статус: лицо бледное, выражение лица заплаканное, скорбное, плечи согбенные, астенизирована. В сознании, ориентирована в месте, пространстве, собственной личности. Медленно отвечает на вопросы, речь бесцветная, маловыразительная. На момент осмотра острой психопродуктивной симптоматики не выявлено. В беседе сообщает о психотравмирующем событии – гибели единственного сына, участвовавшего в специальной военной операции. Фиксирована на данном событии, погружена в переживания и воспоминания о сыне. Эмоционально тусклая, равнодушна к окружающему. Память в достаточном объёме, интеллект сохранный, критика к состоянию недостаточна.

Из анамнеза. Родилась третьим ребёнком в многодетной семье, вес 3,5 кг, рост 53 см, 8 баллов по шкале Апгар. Роды прошли в срок. Закричала сразу. Раннее развитие без особенностей. До 3 лет переболела детскими инфекциями: ветряная оспа, коклюш. Неоднократно были ОРЗ и ОРВИ, в 3 года перенесла двухстороннюю пневмонию. Дошкольное учреждение посещала, психофизическое развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет, была «хорошисткой». Увлекалась дельтапланеризмом, «неба не боялась». Наследственность психопатологически не отягощена. По характеру считает себя спокойной, уравновешенной, отзывчивой, доброжелательной, работает учителем младших классов в сельской школе. Муж – тракторист-механизатор, комбайнер, уравновешенный, терпимый, спокойный. Отношения в семье бесконфликтные, доброжелательные. Со стороны мужа всегда чувствует поддержку. Долгое время состояла на учёте у гинеколога в женской консультации по поводу невынашиваемости беременности, многочисленные выкидыши на ранних сроках. В 37 лет родила долгожданного сына, воспитание и забота об единственном ребенке было смыслом жизни для обоих родителей. После срочной службы в армии сын заключил контракт с Минобороны РФ на продолжение службы. Весной 2023 г. участвовал в операции по ликвидации Светлодарской дуги. Некоторое время присылал родителям обнадёживающие письма, успокаивал, что жив, здоров и не ранен. В июне 2023 г. получили похоронку и орден Мужества посмертно за самоотверженную службу. С этого времени исчез сон, появились общая слабость в теле, раздражительность, слезливость, беспричинная плаксивость, упадок сил, снижение настроения. Обратилась за помощью к участковому терапевту, была направлена в центральную районную больницу на приём к психотерапевту. Получила направление на стационарное лечение в отделении неврозов и пограничных состояний, выставлен диагноз: Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21).

Соматоневрологический статус: без особенностей. ЭЭГ – без изменений, рентгенограмма – без особенностей. По результатам обследования клиническим психологом по шкале Цунга выявлена депрессия.

Получала антидепрессивную терапию, витаминотерапию, снотворные. С 3-го дня пребывания в отделении в алгоритм комплексного лечения включена гаудиумотерапия. Об улучшении состояния сообщила после двух сеансов. Объективно: компенсировалась астеническая симптоматика, перестала жаловаться на плохое настроение, почувствовала прилив сил, стала более активной, синтонной. Со слов пациентки, к моменту окончания гаудиумотерапии вновь стала радоваться жизни, неуверенность и сомнения ушли на задний план, возобновились прежние интересы. По опроснику SF-36 выявлено улучшение по ряду показателей: нивелировались цефалгия, астения и апатия, расширился социальный круг общения. Всё чаще на лице пациентки можно было наблюдать улыбку.

Больной Т, 49 лет. Поступает в отделение неврозов впервые. Предъявляет жалобы на головокружение, сердцебиение, нестабильное настроение.

Из анамнеза. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился вторым (поздним) ребёнком в семье. Ярких эпизодов из раннего детства не помнит, а «у родителей не интересовался». Дошкольные учреждения не посещал, имел крепкое здоровье, практически не болел. По характеру родители были спокойные, доброжелательные, общительные, имели много друзей. Отец работал кузнецом, злоупотреблял табакокурением, 11 лет назад «умер от чрезмерной перегрузки на работе». Мать дожила до глубокой старости, умерла в 2022 г. в возрасте 88 лет. В школу пошёл с 6 лет, после окончания 8 классов поступил в электромонтажный техникум Челябинска. Через год учёбы «понял, что такая простая специальность не для него», бросил обучение, вновь поступил и закончил железнодорожный техникум по специальности «техник-электромеханик». Впоследствии «с горем пополам» отслужил 2 года в армии во внутренних войсках. Во время службы получил ЧМТ – «сослуживцы избili и запинали до потери сознания», отмечались приступы рвоты и тошноты, появились головокружение и шаткость походки. В военном госпитале в течение трех недель получал стандартную медикаментозную терапию. После возвращения из армии женился. От брака имеет взрослую дочь и сына. В 39 лет по состоянию здоровья и из-за частых аварийных ситуаций решил сменить специальность машиниста электровагона на более спокойную, трудоустроился разнорабочим на завод. В 40 лет развёлся, истинную причину скрывает, стандартно объясняя «не сошлись характерами», «захотел жить свободно». Вместе с тем признался, что в семейном кругу часто срывался на жене, будучи в плохом настроении и добиваясь желаемого от близких, устраивал истерики. Себя считает вспыльчивым, но отходчивым.

Как личность с истероидным радикалом любит находиться в центре внимания, демонстративно сообщает, что «женским вниманием не обделён». В 44 года трудоустроился мастером-электромехаником в железнодорожный колледж, с этого времени стал регулярно употреблять до 300 мл водки в сутки, были запои по 2-3 дня, лечился в областной наркологической больнице Челябинска. Последние 2 года в его квартире стали собираться малознакомые люди, происходили драки и конфликты, в течение недели мог истратить всю зарплату на алкоголь. Полгода назад закодировался от алкогольной зависимости, стал испытывать неконтролируемое сердцебиение, страх смерти, приступы вспыльчивости и раздражительности («что чуть не по мне, сразу кричу, срываюсь...»).

Психический статус. Одет ярко, броско. Манерный в речи и позах. Любым способом хочет обратить на себя внимание. Лъстивый. В сознании. Жалуются на сильное сердцебиение, страх смерти. Все виды ориентировки сохранены. Вязок, обстоятелен. Наличие эпилептиформных приступов отрицает. Мышление ригидное, тугоподвижное. На момент осмотра вне острой психопродуктивной симптоматики. Эмоции лабильные, волнуется при упоминании случая избения в армии, раздражается при упоминании фактов злоупотребления алкоголя и развода. В силу неадекватной самооценки требует к себе особого отношения. Утверждает, что попал в отделение неврозов «поневоле», так как «участковый психотерапевт заставил и дал направление». В последнее время отмечает незначительное снижение памяти на текущие события. Интеллект без особенностей. Критика недостаточная, считает, что «почти здоров, лишь бы сердце подлечили».

ЭЭГ: умеренные и выраженные диффузные изменения. Консультация клинического психолога: повышенная реактивная тревожность, умеренная депрессия, ярко выраженные черты диссоциативного расстройства. В соответствии с МКБ-10 выставлен диагноз: «Органическое диссоциативное расстройство (F06.8)». Обследование терапевта: вегетососудистая дистония. Обследование невролога: органические знаки в результате органического поражения головного мозга.

На 4-й день пребывания в отделении была введена гаудиумотерапия. С первых сеансов почувствовал себя лучше, возобновился нормальный ритм сердцебиения, уменьшилась раздражительность, впоследствии стабилизировалось настроение, исчез страх смерти. Предложенные упражнения планирует использовать после выписки в домашних условиях для избавления от негативных эмоций. Активно интересовался выпиской, высказывал позитивные планы на будущее, надеется возобновить отношения с бывшей супругой, избегать алкоголизации. В целом под воздействием гаудиумо- и медикаментозной терапии стабилизировалось настроение, нивелировались тревожность и депрессивность, появились позитивный настрой, ощущение радости и равновесия.

Больной К., 27 лет. В клинику пограничных состояний поступает впервые. Жалобы на общую слабость, невозможность сосредоточиться на работе и актуальных проблемах, бессилие, психологическое и физическое выгорание, нарушенный сон, незначительную тревожность. Фиксирован на психотравмирующем факторе – расстался с любимой.

Из анамнеза. Родился вторым ребёнком в семье, вес 3200 гр, рост 59 см. Имеет старшего брата. В детском возрасте задержек развития не имел, болел редко, с 3 лет занимался в секции ушу, в 17 лет занял первое место в российских соревнованиях. Считая, что достиг в спорте всего что хотел, забросил регулярные занятия. Дошкольное учреждение посещал с 2 лет. В школу пошёл с 7 лет, не любил математику, физику, геометрию и химию, больше нравились биология и обществознание. Учился в основном на «удовлетворительно». Мать с отцом развелись, когда пациенту было 8 лет. По характеру оба вспыльчивые, но отходчивые, склонные к конфликтности (часто ругались, отец не раз поднимал на мать руку). Родителей характеризует как безответственных, эгоистичных и равнодушных («гулящие всю жизнь»). Отец по профессии кадровый военный, офицер, состоит во втором удачном браке, от которого имеет детей. Мать проживает с сожителем, несмотря на то что он делает для неё «всё», не ценит его. Себя характеризует вспыльчивым, злопамятным. Вспоминает детскую психотравму, когда в 9 лет веселый и счастливый гулял по парку с матерью, но внезапно подъехал автомобиль с её любовником, с которым она без объяснений уехала, несмотря на крики, слёзы и просьбы сына. До сих пор не простил ей «измены», в настоящее время старается избегать контактов, общается с ней грубо, порывисто, односложно, так как «обида, как заноза, глубоко сидит в сердце». Закончив с трудом 9 классов, поступил в колледж по специальности «кондитер». От военной службы был освобождён (диагнозы: плоскостопие и артериальная гипертензия). В настоящее время работает поваром в одном из ресторанов, в целом работой доволен, хотя испытывает регулярные производственные перегрузки (работа в вечернее время, выходные дни), в результате переутомления нарушился сон, появились тревога и раздражительность. Кроме того, не устраивает окружение, описывает коллег как чётрых, эгоистичных, корыстных, думающих только о себе, называет окружающих «быдлом». Имел многочисленные интимные отношения с противоположным полом, без глубокой привязанности. В 24 года познакомился с девушкой-врачом, влюбился в неё, предложил жить в гражданском браке. В семейной жизни ориентировался на собственные интересы («поступал как свинья»), периодически алкоголизировался с друзьями, изменял. Не чувствуя стабильности и верности отношений, через три года жена бесповоротно ушла. Многочисленные попытки примирения закончились неудачно, жена отказывается прощать, так как не верит в будущие гармоничные отношения.

Психический статус. Одет в молодежном стиле, аккуратен. Высокий (198 см), астенического телосложения. Контактный. Сидит в расслабленной позе. В сознании. Все виды ориентировки сохранены. В беседе речь чёткая, модулированная, пожаловался на учащённое сердцебиение, что объяснил волнением в беседе. Кроме аритмии предъявляет жалобы на нарушенный сон в течение последнего года из-за ненормированного режима труда («работаю по 3-4 дня и только 2 дня отдыхаю, с работы возвращаюсь поздней ночью»). На протяжении 4 месяцев сомневался в необходимости обращения за помощью к психотерапевту. Нарушения темпа мышления отсутствуют, острой психопродуктивной симптоматики на момент осмотра не обнаружено. Эмоции ровные, внешне спокоен. Фиксирован на детской психотравме с матерью, до сих пор испытывает к ней негативные эмоции. Интеллект соответствует уровню знаний, критика к состоянию формальная.

Неврологический статус: без особенностей. ЭЭГ: без патологии. В позе Ромберга устойчив. Терапевт: кожные покровы чистые, влажные, АД 140/80 мм рт. ст., PS 135 уд/мин, живот мягкий, безболезненный. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 135 уд/мин, ЧДД – 25/мин. Данные ЭКГ и УЗИ: нерезко выраженная гипертрофия левого желудочка. Клинический психолог выявил субклиническую депрессию и незначительную реактивную тревожность.

Согласно МКБ-10 выставлен основной диагноз: Расстройство адаптации, кратковременная истеродепрессивная реакция, диссомнический синдром. Сопутствующий диагноз: артериальная гипертензия.

С первых дней пребывания в отделении получал стандартную терапию транквилизаторами для снятия тревоги. Спустя неделю была подключена групповая гандимотерапия, в сеансах которой принимал наиболее активное участие. Чтобы избавиться от разрушительного чувства обиды на мать, дополнительно использовалась психотерапевтическая техника «прощение». После завершения курса научился не только совладать с внутренним беспокойством и эмоциональным напряжением, но и мобилизовать силы, чтобы освободиться от последствий душевных потрясений («могу управлять критическими состояниями силой разума»). Положительно оценивает эффективность гандимотерапии, строит позитивные планы на будущее («брошу пить окончательно, мне нужна семья, дети»).

В ходе проведения гандимотерапии разработаны показания и противопоказания к проведению данной технологии, описаны и апробированы основные этапы, получены обнадеживающие клинические данные на выборке пациентов отделения неврозов и пограничных психических состояний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают целесообразности применения обеих методик в рамках психотерапии больных неврозическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в едином алгоритме с фармакотерапией.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или иной спонсорской помощи при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

В исследовании соблюдены принципы информированного согласия и этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта, разработанные в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (1964-2013).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Способ психотерапии невротических расстройств: патент 2798720 С1 Российская Федерация. А.В. Скутин, Л.А. Рудов, С.Л. Рудов, Р.Л. Рудов. № 2022122353; заявл. 17.08.2022; опубл. 23.06.2023. Method of psychotherapy for neurotic disorders: patent 2798720 C1 Russian Federation. AV Skutin, LA Rudov, SL Rudov, RL Rudov. No. 2022122353; application 08/17/2022; publ. 06/23/2023.
2. McGhee P.E. Humor: its origin and development. San Francisco: Publisher W.H. Freeman & Co, 1979:251.
3. Мартин Р.А. Психология юмора: пер. с англ. СПб.: Изд-во Питер, 2009. 480 с. Martin RA. Psychology of humor: translation from English. St. Petersburg: Piter Publishing House, 2009:480.
4. Hubert W, de Jong-Meyer R. Psychophysiological response patterns to positive and negative film stimuli. Biol Psychol. 1991 Aug;31(1):73-93. doi: 10.1016/0301-0511(90)90079-c. PMID: 2021681.
5. Hubert W, Möller M, de Jong-Meyer R. Film-induced amusement changes in saliva cortisol levels. Psychoneuroendocrinology. 1993;18(4):265-72. doi: 10.1016/0306-4530(93)90023-e. PMID: 8316615.
6. Foster PS, Webster DG, Williamson J. The psychophysiological differentiation of actual, imagined, and recollected mirth. Imagination, Cognition and Personality/ 2002\$22(2):163-180. <https://doi.org/10.2190/KL08-1P9C-K9BE-K8VA>
7. Overeem S, Taal W, Ocal Gezici E, Lammers GJ, Van Dijk JG. Is motor inhibition during laughter due to emotional or respiratory influences? Psychophysiology. 2004 Mar;41(2):254-8. doi: 10.1111/j.1469-8986.2003.00145.x. PMID: 15032990.
8. Strack F, Martin LL, Stepper S. Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: a nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. J Pers Soc Psychol. 1988 May;54(5):768-77. doi: 10.1037//0022-3514.54.5.768. PMID: 3379579.

9. Berk LS, Tan SA, Fry WF, Napier BJ, Lee JW, Hubbard RW, Lewis JE, Eby WC. Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter. *Am J Med Sci.* 1989 Dec;298(6):390-6. doi: 10.1097/00000441-198912000-00006. PMID: 2556917.
10. Скутин А.В. Примерный комплекс упражнений, используемых в отечественной методике гелотерапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011. № 5 (68). С. 81-85. Skutin AV. An approximate set of exercises used in the domestic method of gelotherapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2011;5(68):81-85 (in Russian).
11. Скутин А.В. Гелотерапия/смехотерапия – современная велнес-технология в практике психосоматических расстройств (мониторинг и прогноз). Челябинск, 2021. 224 с. Skutin AV. Gelotherapy/laughter therapy is a modern wellness technology in the practice of psychosomatic disorders (monitoring and prognosis). Chelyabinsk, 2021:224 (in Russian).
12. Скутин А.В., Ефименко Т.С. Хрестоматия по психотерапии и психологическим тренингам в восстановительной медицине. Челябинск: Уральская академия, 2017. 214 с. Skutin AV, Efimenko TS. Reader on psychotherapy and psychological training in rehabilitation medicine. Chelyabinsk: Ural Academy, 2017:214 (in Russian).
13. Скутин А. В. Современные зарубежные исследования влияния юмора и смеха на здоровье человека. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011. № 4 (67). С. 114-119. Skutin AV. Modern foreign studies of the influence of humor and laughter on human health. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2011;4(67):114-119 (in Russian).
14. Скутин А.В. Гелотерапия/смехотерапия в практике пограничных психических расстройств (эффективность, динамика и прогноз). Челябинск: Уральская академия, 2012. 191 с. Skutin AV. Gelotherapy/laughter therapy in the practice of borderline mental disorders (efficacy, dynamics and prognosis). Chelyabinsk: Ural Academy, 2012:191 (in Russian).
15. Скутин А.В. Гелотерапия в практике пограничных психических расстройств: эффективность, динамика и прогноз). Саарбрюкен: LAP LAMBERT, 2013. 244 с. Skutin AV. Gelotherapy in the practice of borderline mental disorders: effectiveness, dynamics and prognosis. Saarbrücken: LAP LAMBERT, 2013:244 (in Russian).
16. Семке В.Я., Куприянова И.Е. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции, Сообщение 1 (Обзор материалов X конгресса Всемирной ассоциации психиатров). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 1998. № 1-2. С. 118-123. Semke VYa, Kupriyanova IE. Psychotherapy: present and future. Tendency towards integration, Message 1 (Review of materials of the X Congress of the World Association of Psychiatrists). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 1998;1-2:118-123 (in Russian).
17. Пирогова П.В., Куприянова И.Е. Семейная дезадаптация пациентов с невротическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2010. № 5 (62). С. 16-17. Pirogova PV, Kupriyanova IE. Family disadaptation of patients with neurotic disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2010;5(62):16-17 (in Russian).
18. Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Куприянова И.Е., Семке В.А. Междисциплинарный подход к реабилитации женщин с гинекологическими заболеваниями, ассоциированными с непсихотическими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2010. № 6 (63). С. 57-59. Nasyrova RF, Sotnikova LS, Kupriyanova IE, Semke VA. Interdisciplinary approach to the rehabilitation of women with gynecological diseases associated with nonpsychotic mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2010;6(63):57-59 (in Russian).
19. Бохан Т.Г. Роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем. *Сибирский психологический журнал.* 2000. № 13. С. 56-60. Bokhan TG. The role of individual psychological factors in the formation of skills for solving social problems. *Siberian Psychological Journal.* 2000;13:56-60 (in Russian).
20. Белокрылова М. Ф., Гарганеева Н.П., Аксенов М.М., Лукьянова Е.В., Перчаткина О.Э., Костин А.К., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М., Мальцев В.С. Непсихотические психические расстройства у женщин: возрастной аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2016. № 4 (93). С. 33-39. Belokrylova MF, Garganeeva NP, Aksenov MM, Lukyanova EV, Perchatkina OE, Kostin AK, Rudnitsky VA, Epanchintseva EM, Maltsev VS. Nonpsychotic mental disorders in women: age aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2016;4(93):33-39 (in Russian).
21. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В. Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2017. № 1 (94). С. 15-21. Kostin AK, Rudnitsky VA, Aksenov MM, Belokrylova MF, Lebedeva VF, Epanchintseva EM, Ivanova AA, Nikitina VB, Perchatkina OE, Garganeeva NP, Tsybul'skaya EV. Personalized psychopharmacological and cognitive behavioral therapy and rehabilitation of patients with somatoform symptoms. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017;1(94):15-21 (in Russian).

22. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Потапкина Е.В., Семке В.А., Коломиец С.А. Нервно-психические расстройства при различных онкологических заболеваниях (психотерапевтическая и психофармакологическая коррекция). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 4 (67). 84-86 Semke VYa, Kupriyanova IE, Potapkina EV, Semke VA, Kolomiets SA. Neuropsychiatric disorders in various oncological diseases (psychotherapeutic and psychopharmacological correction). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2011;4(67):84-86 (in Russian).
23. Тютев Р.А., Балашов П.П., Бобровский А.В. Когнитивно-поведенческая модель модификации пищевого поведения в психотерапии избыточного веса. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 4 (67). С. 103-105. Tyutev RA, Balashov PP, Bobrovsky AV. Cognitive-behavioral model of modification of eating behavior in the psychotherapy of excess weight. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2011;4(67):103-105 (in Russian).
24. Akimbekov NS, Razzaque MS. Laughter therapy: A humor-induced hormonal intervention to reduce stress and anxiety. *Curr Res Physiol*. 2021;4:135-138. doi: 10.1016/j.crphys.2021.04.002. Epub 2021 Apr 30. PMID: 34642668; PMCID: PMC8496883.
25. Gelkopf M. The use of humor in serious mental illness: a review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:342837. doi: 10.1093/ecam/nep106. Epub 2011 Jan 3. PMID: 19687190; PMCID: PMC3135316.
26. Yim J. Therapeutic benefits of laughter in mental health: a theoretical review. *Tohoku J Exp Med*. 2016 Jul;239(3):243-9. doi: 10.1620/tjem.239.243. PMID: 27439375.
27. Stiwski K, Rosendahl J. Efficacy of laughter-inducing interventions in patients with somatic or mental health problems: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Complement Ther Clin Pract*. 2022 May;47:101552. doi: 10.1016/j.ctcp.2022.101552. Epub 2022 Feb 13. PMID: 35183038.

Поступила в редакцию 15.02.2024
Утверждена к печати 10.06.2024

Скутин Андрей Викторович, к.м.н., доцент кафедры спортивной медицины и физической реабилитации ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет физической культуры», врач-психотерапевт. ORCID iD 0000-0001-6317-0582. Author ID РИНЦ 703264. SPIN-код РИНЦ 8646-1360.

Громов Виктор Александрович, к.п.н., доцент кафедры физвоспитания, заведующий научным центром исследований физического воспитания и здоровья ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет». ORCID iD 0000-0002-0158-3338. Author iD РИНЦ 877609. SPIN-код РИНЦ 9411-7465. camp.048@mail.ru

Шайхетдинов Рашид Гильметтинович, к.п.н., доцент кафедры физвоспитания и здоровья ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)». ORCID iD 0000-0002-8112-4560. Author ID РИНЦ 780246. SPIN-код РИНЦ 7412-2161. rashshai1970@yandex.ru

Мороз Ирина Николаевна, д.м.н., врач-психотерапевт высшей категории, заведующая 27-м отделением неврозов и пограничных состояний ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1».

✉ Скутин Андрей Викторович, a.67-scutin@yandex.ru

UDC 615.85-06:616.89:615.214:615.851.6:616-036.8

For citation: Skutin A.V., Gromov V.A., Shaikhetdinov R.G., Moroz I.N. Efficiency and comparative results of using psychotechnological methods of psychocorrection – gaudiumotherapy and gelototherapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 2 (123): 75-85. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2\(123\)-75-85](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-2(123)-75-85)

Efficiency and comparative results of using psychotechnological methods of psychocorrection – gaudiumotherapy and gelototherapy

Skutin A.V.¹, Gromov V.A.², Shaikhetdinov R.G.³, Moroz I.N.⁴

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Ural State University of Physical Culture” Ordzhonikidze Street 1, 454091, Chelyabinsk, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “South Ural State Humanitarian and Pedagogical University” Lenin Avenue 69, 454080, Chelyabinsk, Russian Federation

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “South Ural State University (national research university)” Lenin Avenue 76, 454080, Chelyabinsk, Russian Federation

⁴ State Budgetary Healthcare Institution “Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital no. 1” Kuznetsov Street 2, 454087, Chelyabinsk, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Currently, throughout the world and in the Russian Federation, there is a steady increase in mental disorders, including nonpsychotic ones, in connection with this, the search for safe, original psychotherapeutic methods that do not require special financial costs, while at the same time having accessibility and minimal side effects, is relevant. **Objective:** comparative assessment of psychocorrective methods – gaudiumotherapy and gelototherapy, used as part of the complex treatment of neurotic, stress-related and somatoform disorders. **Material and Methods.** The study was carried out based on the department of neuroses and borderline conditions of the Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital no. 1 of Chelyabinsk in September–October 2023. The study sample included patients (n=143) aged 22–65 years with neurotic, diagnosed according to ICD-10, associated with stress and somatoform disorders (F40–F48). All patients received standard psychopharmacotherapy. The sample was divided into 2 groups of patients: group 1 (n=70) – additional gelototherapy, group 2 (n=73) – gaudiumotherapy. When examining patients, we used general clinical methods and a clinical-psychopathological assessment of the patients’ condition using psychometric questionnaires for quantitative and qualitative assessment of the severity of symptoms: a questionnaire for identifying and assessing neurotic symptoms (K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich), a questionnaire of quality-of-life SF-36, a questionnaire for determining the level of neuroticism and psychopathization. **Results.** A positive statistically significant effect of gelototherapy and gaudiumotherapy on the mental state of patients was established. A predominant statistically significant effect of gelototherapy on the pain factor was revealed in comparison with gaudiumotherapy according to comparative data at the time of admission to the hospital and at the end of therapy: 55.4±3.6 and 38.4±2.9 points (p<0.001) vs. 46.3±4.6 and 36.5±2.1 points (p<0.01). At the same time, gaudiumotherapy had a more pronounced statistically significant effect on the leveling of neurotic depression according questionnaire by K.K. Yakhin, D.M. Mendelevich compared with gelototherapy: -4.08±5.31 and 3.68±4.50 points (p<0.001) versus -3.85±5.56 and 1.58±3.71 points (p<0.01). A higher statistically significant effect on reducing the level of neuroticism of gaudiumotherapy was found compared to gelototherapy: 19.65±11.47 and 38.76±21.27 points (p≤0.01) versus 25.45±13.28 and 34.73±10.49 points (p≤0.05). **Conclusion.** The feasibility of using gaudiumotherapy and gelototherapy in combination with psychopharmacotherapy as part of group psychotherapy (10 sessions) for patients with mental disorders has been proven.

Keywords: neurotic, stress-related and somatoform disorders, psychopharmacotherapy, psychotherapy, gelototherapy (laughter therapy), gaudiumotherapy (joy therapy).

Received February 15, 2024

Accepted June 10, 2024

Skutin Andrey V., Cand. Sc. (Medicine), associate professor of the Department of Sports Medicine and Physical Rehabilitation, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Ural State University of Physical Culture”, psychotherapist, Chelyabinsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-6317-0582. Author ID RSCI 703264. SPIN-code RSCI 8646-1360.

Gromov Viktor A., Cand. Sc. (Pedagogy), associate professor of the Department of Physical Education, head of the Scientific Center for Research in Physical Education and Health, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “South Ural State Humanitarian and Pedagogical University”, Chelyabinsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-0158-3338. Author iD RSCI 877609. SPIN-code RSCI 9411-7465. camp.048@mail.ru

Shaikhetdinov Rashit G., Cand. Sc. (Pedagogy), associate professor of the Department of Physical Education and Health, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “South Ural State University (national research university)”, Chelyabinsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-8112-4560. Author ID RSCI 780246. SPIN-code RSCI 7412-2161. rashshai1970@yandex.ru

Moroz Irina N., D. Sc. (Medicine), psychotherapist of the highest category, head of the 27th Department of Neuroses and Borderline Conditions, State Budgetary Healthcare Institution “Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital no. 1”, Chelyabinsk, Russian Federation.

✉ Skutin Andrey V., a.67-scutin@yandex.ru