DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00939

Природа и особенности проявления «внутренней пустоты» в клинике психических заболеваний: возможности психотерапии

О.В. Михеева✉

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия
✉*miheeva-1969@mail.ru*

Аннотация
Ощущение «пустоты» – распространенный симптом или феноменологический опыт, встречающийся в клинической практике при различных видах психических расстройств. В статье исследуется опыт пациентов с «внутренней пустотой», оценивается субъективное восприятие ими своего состояния до и после проведения психотерапии, упражнений на «пустоту», раскрываются возможные причины, особенности проявления, стадии «пустоты». Исследования показывают, что «внутренняя пустота» является двухкомпонентным явлением и состоит из собственно внутренней пустоты, воспринимаемой пациентами как безболезненное состояние, и связанными с ней тревогой, депрессией, ощущениями, воспринимаемыми пациентами как боль и тяжесть и расположенными по периметру «пустоты» или одновременно по периметру и в ее центре. Осознание пациентом безболезненности внутренней пустоты может использоваться в психотерапии и помочь менее трагично, более спокойно переносить связанные с ней страдания, аффективные состояния. Вследствие упражнений, где «пустота» редуцируется, снижаются или полностью нивелируются тревога, физическая и душевная боль, депрессия, связанные с ней. Без работы с причиной «внутренняя пустота» рецидивирует.
Ключевые слова: внутренняя пустота, психотерапия, боль, тревога, депрессия.
Для цитирования: Михеева О.В. Природа и особенности проявления «внутренней пустоты» в клинике психических заболеваний: возможности психотерапии. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (9): 120–125. DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00939

Nature and specifics of the emergence of feeling “empty inside” in clinical patterns of mental disorders

Olga V. Mikheeva✉

Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia
✉*miheeva-1969@mail.ru*

Abstract
In clinical practice, feeling “empty” is a symptom or phenomenological experience commonly found in individuals with various types of mental disorders. The paper explores the experience of patients with “inner emptiness”, assesses their subjective perception of their condition before and after psychotherapy and exercises for “emptiness”, discloses possible causes, manifestation specifics, and stages of “emptiness”. The research shows that the “inner emptiness” is a two-component phenomenon consisting of the inner emptiness itself, perceived by patients as a painless condition, and the associated anxiety, depression, sensations, perceived by patients as pain and heaviness that are located along the "emptiness" perimeter or along its perimeter and in its center at once. The patient’s awareness of the inner emptiness painless nature can be used in psychotherapy to help less tragically and more safely tolerate the associated suffering, affective conditions. The “emptiness”-reducing exercises lead to the reduction or complete relief of the associated anxiety, physical and mental pain, depression. The inner emptiness recurs without working on the cause.
Keywords: inner emptiness, psychotherapy, pain, anxiety, depression.
For citation: Mikheeva O.V. Nature and specifics of the emergence of feeling “empty inside” in clinical patterns of mental disorders. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (9): 120–125 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00939

Введение

Клиницистам и исследователям нелегко прийти к согласию относительно определения ощущения «пустоты», рассматриваемого как эмоция, симптом, защитный механизм или экзистенциальное состояние [1]. Тот факт, что субъективная «пустота» является отсутствием чего-либо, затрудняет ее точное определение [2]. Пациенты описывают свой опыт «пустоты» по-разному, иногда ссылаясь на его экзистенциальные аспекты (например, «чувство бессмысленности»), а иногда предлагая соматическое описание (например, «ощущение дыры внутри») [1]. При пустоте нет никаких желаний или стремлений. Пациенты говорят, что ничего не чувствуют и ничего не хотят или что ничто не имеет значения [3].

Сегодня исследователи определяют «пустоту» как важный симптом с широким спектром клинических коррелятов. Корреляты «пустоты» подразумевают глубоко негативное аффективное состояние, связанное с усиленной отстраненностью, негативной аффективностью и нарушением идентичности [2]. Другие исследования показывают, что «пустота» представляет собой трансдиагностический конструкт, включающий ощущение отсутствия и отстраненности, испытываемое на внутриличностном, межличностном и экзистенциальном уровнях [4].

Исследования выявили основные черты и концептуальные границы субъективной «пустоты». Основные черты включают ощущение «отсутствия в собственной жизни», отсутствие полноценного «наполнения себя»,

опыт «вынужденного существования» и глубокое одиночество [2]. В одном из исследований показано, что отсутствие эмоций и цели лежит в основе ощущения пустоты внутри. Участники передали это ощущение с помощью аналогий и метафор. Они описывали себя как «чистый лист, на котором невозможно его написать», «пустую оболочку», «обложку, в которой ничего нет» или «бездонный кувшин» [5]. При этом чувство пустоты не тождественно понятию «лишенность чувств», поскольку в пустом стакане может не быть жидкости, но он все равно полон воздуха [6]. Эти ощущения могут сопровождаться неприятными ощущениями (например, болью, тупой болью, узлом, ощущением вялости) в теле, часто в грудной клетке или полостях тела [5].

Чувство внутренней пустоты, описываемое пациентами, может быть связано не только с ощущением воздушности, но и с ощущением разреженного пространства, иногда наполненного холодным воздухом, дыры, тумана или «нечувствованием ничего», и все это тождественно этому определению [1, 5, 7, 8]. Одним из отличительных признаков является наличие напряжения, боли, тревоги, депрессии, коррелирующих с ощущениями внутренней пустоты, дыры, воздушного или разряженного пространства, тумана, «ничего нечувствования» и проходящих по мере наполнения «пустоты», ее редуцирования.

«Пустота» включена в качестве диагностического критерия в DSM-5 Американской психиатрической ассоциации (2013) [9], а также в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра Всемирной организации здравоохранения (1992) [10] для нескольких психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство (чувство «пустоты»; ощущения «пустоты») и пограничное расстройство личности (хроническое чувство «пустоты»). Чувство пустоты также связывается с нарциссическим расстройством личности [11], булимическим неврозом [12], устойчивым сложным траурным расстройством [13], а также с алкогольной, наркотической и сексуальной зависимостью [14, 15].

В нескольких исследованиях ощущение «пустоты» оказалось важным элементом у лиц, совершивших самоубийство [16]. Исследование, анализирующее содержание 398 писем о самоубийстве из Сингапура, показало, что ощущение «пустоты» является вторым по частоте эмоциональным фактором, выраженным в письмах для объяснения причин самоубийства (25%) после отчаяния/страдания (60%) [17].

В существующей литературе высказываются предположения о психологических механизмах, которые могут привести к ощущению пустоты [5]. В одной из первых знаковых статей H. Deutsch описала группу людей, испытывающих внутреннюю пустоту в своей эмоциональной жизни – ощущение, когда «весь внутренний опыт полностью исключается» [18]. Исследователи D. Fiore и A. Semerari отметили аналогичное состояние эмоциональной анестезии, чтобы воздерживаться от любой интенсивной боли, при этом клиенты отделяют себя от всего и всех [19]. Автор статьи разделяет эти научные мнения о причинах возникновения внутренней пустоты и считает, что полное исключение человеком из своего сознания, жизни, прожитого опыта значимых людей, воспоминаний, страданий, чувств или запреты на осуществление значимых целей, устремлений, базовых потребностей может стать причиной возникновения внутренней пустоты, коррелирующей с появлением боли, тревоги, депрессии.

В научной литературе недостаточно исследований, связанных с проведением и результатами фармакологической терапии и психотерапии у пациентов с ощущением внутренней «пустоты» [20]. Пустота – это постоянное чувство, от которого не может избавить ни одно лекарство или терапия [5]. Чувство пустоты невозможно заполнить извне [3]. На данный момент эффективная фармакологическая или психотерапевтическая стратегия не была идентифицирована для лечения субъективной «пустоты», хотя некоторые предварительные данные подтверждают групповую схематерапию [2].

Цель исследования – объединить и проанализировать опыт пациентов в описании «внутренней пустоты» до и после проведения психотерапии, выяснить, является ли «пустота» болезненным переживанием, определить место боли, тревоги, депрессии, страданий в структуре «внутренней пустоты»; на основании исследования определить возможные причины этого состояния и установить эффективность проведения психокоррекции.

Материалы и методы

Исследования проводились в ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» с 2023 по 2026 г.

В исследовании участвовали пациенты, обратившиеся за амбулаторной психотерапевтической помощью, у которых выявлялось субъективное ощущение «внутренней пустоты». При положительном ответе, связанным с ощущением «внутренней пустоты», или жалобах на нее уточнялась локализация чувства «пустоты» в организме, в каком месте пациент ее чувствует. Если пациент мог точно назвать местоположение внутренней «пустоты» в своем организме (в психической и или физической сферах, как, например, пустота в душе, пустота в сердце, в животе) и описать ее, то данный пациент включался в исследование. Если ответ пациента был расплывчатым, он не мог указать местоположение ее внутри себя или чувство пустоты воспринималось только снаружи, как чувство пустоты в окружающем мире, в том числе с потерей связи с миром, отстраненностью, то данный пациент не включался в выборку.

Все пациенты имели психиатрические диагнозы.

В 1-й группе диагнозы психических расстройств непсихотического характера выявлялись в 100% случаев:

- органические непсихотические расстройства (F06) – 9 (14,8%) человек;
- аффективные непсихотические расстройства, исключая биполярные (F30, F32–38), – 3 (4,9%) пациента;
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48) – 49 (80,3%) пациентов.

Во 2-й исследуемой группе психические расстройства непсихотического характера выявлялись у 30 (93,7%) пациентов:

- органические непсихотические расстройства (F06) – 2 (6,3%) человека;
- аффективные непсихотические расстройства, исключая биполярные (F30, F32–38), – 3 (9,3%) пациента;

- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40–F48 – 24 (75,0%) пациента;
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53.0) – 1 (3,1%) пациентка;
- в 2 (6,3%) случаях пациенты наблюдались с диагнозом F20.

Со всеми пациентами проводилось тестирование уровня тревоги и депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS, шкала депрессии Бека).

В настоящем исследовании пациенты были разделены на 2 группы по принципу сбора информации из разных источников , а также взаимозависимости и верифицируемости. Исследовалось место душевной боли, тревоги, депрессии, ощущений, воспринимаемых пациентами как боль, в структуре «пустоты». Первая группа (61 пациент, 57 женщин, 4 мужчин, возраст 18–75 лет, средний возраст 45±3 года) описывали ощущение «внутренней пустоты», ее связь с психотравмирующими ситуациями – на основании жалоб, собеседования оценивалось субъективное ощущение «пустоты», болезненна она для пациента или нет. Ответы фиксировались в амбулаторной карте пациента. Вторая группа (32 пациента, 28 женщин, 4 мужчин, возраст 18–72 года, средний возраст 38±14 лет) на основании самостоятельного описания своего состояния заносили в тетрадь восприятие опыта «внутренней пустоты», определяя наличие или отсутствие ее связи с болезненными переживаниями, тревогой, депрессией, страданиями, их локализацию в организме по отношению к друг другу и взаимозависимость, в том числе фиксировали полученный эффект от психотерапии и упражнений, если они проводились.

На основании анализа полученных данных определялось, является ли субъективное ощущение внутренней пустоты двухкомпонентным явлением, где «пустота» и страдания – различные боли, тревоги, депрессии, – которые пациент переживает в связи с «пустотой», имеют разные характеристики по восприятию негативного аффекта, но являются общей структурой и взаимосвязаны друг с другом: при появлении «внутренней пустоты», являющейся для пациента безболезненным или бесчувственным состоянием, появляются и усиливаются негативные переживания, при ее исчезновении – редуцируются.

В первой группе исследовались жалобы и анамнез, связанные с возникновением чувства внутренней пустоты, ее местоположением в организме, как это чувство воспринимается пациентами, насколько непосредственное ощущение внутренней пустоты является болезненным ощущением. Результаты записывались в амбулаторную карту.

Во второй группе пациентам была дана возможность подробно описать в общей для исследования этого вопроса тетради свое восприятие чувства внутренней пустоты: как они ее ощущают, что такое для них «пустота», где она находится, ее размеры, с чем она связана, является ли непосредственное чувство пустоты болезненным для них переживанием или нет, чувствуют ли они боль, тревогу, страдания, депрессию и другие переживания, когда ощущают внутреннюю пустоту, и если да, то где?

С пациентами второй группы проводилась психотерапия методом психотерапевтической диагностики и психокоррекции – МПДП (авторский метод О.В. Михеевой, А.С. Толкачева) [7, 8], основанном на субъективном восприятии человека своего состояния, диагностики и психокоррекции патологического состояния с использованием психотерапевтических критериев. Дополнительно использовались упражнения на «пустоту»:

1. Концентрация ощущений в течение 1–2 мин на безболезненном участке «пустоты» с последующим ее самозаполнением и пропорциональным снижением или исчезновением тревоги, депрессии, различных проявлений болей по мере редуцирования «пустоты». Если в первые 10 с от начала упражнения пациент не отмечал усиления напряжения, за которым следовало расслабление, значит он не чувствовал «пустоту», а думал о ней или обращал на нее внимание, не включал свои ощущения и чувства. В этом случае упражнение не получалось.

2. При выраженных болях, страданиях, депрессии, тревоге, когда их проявления не давали возможности оценить состояние «пустоты», предлагался второй вариант упражнения. Пациент искал безболезненные участки рядом с болью, тревогой, там, где они заканчивались. Пациенту предлагалось описать их. Как правило, субъективно ощущались безболезненные участки «пустоты», и/или «воздушности», и/или «разреженности», и/или «ничего» без ощущения тепла и наполненности. Далее предлагалось сконцентрироваться на 0,5–1 мин, почувствовать этот безболезненный участок, не пытаясь влиять на боль и страдания, не исключать их. Безболезненный участок заполнялся приятным объемом и/или теплотой, боль, тревога снижались или уходили совсем. Организм расслаблялся. У пациента появлялась возможность оценить состояние внутренней пустоты, насколько она болезненна или нет и где находятся боль, тревога и другие переживания по отношению к пустоте.

Тринадцати пациентам 2-й группы предлагалось описать свое состояние – отметить, что происходит с чувством внутренней пустоты, болью, тревогой, депрессией и другими симптомами, связанными со страданиями, при выполнении упражнений, меняется их состояние или нет.

Результаты

Первая группа

У пациентов на основании интерпретации результатов HADS было выявлено:

- уровень тревоги в пределах нормы – у 11 (18,0%) пациентов;
- субклинически выраженная тревога – 14 (23,0%);
- клинически выраженная тревога – 36 (59,0%);
- уровень депрессии в пределах нормы – 19 (31,1%);
- субклинически выраженная депрессия – 10 (16,4%);
- клинически выраженная депрессия – 32 (52,5%).

Исследование с использованием шкалы депрессии Бека:

- депрессивных симптомов нет или они минимальны – 11 (18,05%) пациентов;
- легкая депрессия – 19 (31,10%);
- умеренная депрессия – 11 (18,05%);
- тяжелая депрессия – 20 (32,80%).

В первой группе связь между появлением ощущения внутренней пустоты у пациентов и переживанием психотравмирующих ситуаций выявлялась у 54 (88,52%) пациентов: потеря близких – у 37 (60,65%), расставание, развод, разрыв отношений – 12 (19,67%), страх потери работы – 1 (1,64%), отказ от любви – 1 (1,64%), трудности после усыновления – 1 (1,64%), похищение с целью сексуальных услуг – 1 (1,64%), сообщение о тяжелом заболевании – 1 (1,64%). Появление ощущения внутренней пустоты в связи с другими причинами – у 6 (9,84%) пациентов: с беременностью и послеродовым периодом – 2 (3,28%) пациентки, после приступов паники – 2 (3,28%), с наркотиками – 1 (1,64%), после кодирования по поводу злоупотребления алкоголем – 1 (1,64%). В 1 (1,64%) случае причина появления внутренней пустоты не установлена.

В первой группе 44 (72,2%) пациента ощущение внутренней «пустоты» описывали как психическую (эмоционально-душевную) составляющую; 17 (27,8%) воспринимали внутреннюю пустоту на физическом уровне, как телесный компонент. Ощущение пустоты в груди выявлялось у 8 (13,2%), в области солнечного сплетения – 3 (4,9%), в области живота – 3 (4,9%), в сердце – 1 (1,6%), в области бедер, ягодиц – 1 (1,6%), во всем теле – 1 (1,6%). В отдельных случаях пациенты первой группы указывали на несколько мест, где они одновременно чувствуют внутреннюю пустоту на телесном уровне.

Все пациенты первой группы описывали ощущение внутренней пустоты как ощущение безболезненного пустого пространства или, в меньшей степени, безболезненного ощущения части себя с ощущением незаполненного объема, легкости как воздушности, и/или разреженности, и/или тумана. Но при этом все обследуемые отмечали одновременное усиление тревоги, боли физической или душевной, плохого настроения, страданий рядом с безболезненным участком «внутренней пустоты» и взаимосвязанность с ней.

Ниже приведены примеры описания ощущения внутренней пустоты на эмоциональном (душевном) и телесном уровнях.

Татьяна, 29 лет, F48.8, «пустота» появилась после потери мужа: «Для меня пустота – это некая дыра, ничем не заполнена, размером с кулак, не болит, которая находится в моем сердце. Почему там? Потому что часть воспоминаний и любовь к мужу были именно в сердце. Когда она появляется, то я испытываю чувство тревоги, плаксивости, так как через слезы выходят все эмоции наружу. Пустота – это дыра, ничем не заполнена».

Александр, 18 лет, F32.1, «пустоту» ощущать начал 2 года назад. Ощущал в груди как что-то похожее на дыру, одиночество при этом скорее не ощущалось. Размером с кулак, безболезненная. При ощущении пустоты усиливались раздражение, фоновая тревога. Сейчас «пустоты» 2 недели нет. Настроение улучшилось. Раньше чувствовал пустоту раз в 2–3 дня.

Андрей, 37 лет, F48.8. «Пустота» – бессознательное неконтролируемое состояние. В груди возникают бесконечная пустота, жуткий страх неопределенности, необходимость анализа обстановки вокруг. «Пустота» как надутый пузырь, внутри воздух, занимала всю грудную клетку, не болела. Появилась на фоне панической атаки и потери бабушки, за которой долго ухаживал.

Людмила, 69 лет, F43.2. «Пустота» чувствуется, но ничего не болит, а только вызывает тревогу, сама «пустота» безболезненна, находится в районе грудной клетки и солнечного сплетения. «Пустота» такая, как будто все отсутствует, абсолютная дыра, чувствуется периодически. Возникла после информации о пропаже сына, где-то через 3–4 мес. При ощущении пустоты появляются тревога, беспокойство, нехорошие мысли, страх перед будущим. Туман в голове периодически, туман не болит. При его ощущении притупляются болезненные переживания, появляется апатия, «что воля, что неволя», все равно, ничего не хочется делать, хочется прилечь, при этом ни о чем не думает. Тревоги нет.

Вторая группа

Во второй группе на основании тестирования HADS и интерпретации результатов получено:

- уровень тревоги в пределах нормы – 3 (9,4%) пациента;
- субклинически выраженная тревога – 10 (31,2%);
- клинически выраженная тревога – 19 (59,4%);
- уровень депрессии в пределах нормы – 10 (31,2%);
- субклинически выраженная депрессия – 7 (21,9%);
- клинически выраженная депрессия– 15 (46,9%).

Исследование с использованием шкалы депрессии Бека:

- депрессивных симптомов нет или они минимальны – 6 (18,75%);
- легкая депрессия – 8 (25,0%);
- умеренная депрессия – 6 (18,75%);
- тяжелая депрессия – 12 (37,5%).

Вторая группа давала более подробное, чем первая группа, описание ощущений, связанных с внутренней пустотой, описывая в тетради свой опыт проживания чувства пустоты и эффект от психотерапии, в том числе с использованием упражнений на «пустоту». Появление «внутренней пустоты» в связи с переживаниями психотравмирующих ситуаций выявлялось у 28 (87,5%) пациентов: потеря близких – 13 (40,6%), расставание, разрывы отношений, разводы, конфликты – 11 (34,4%), другие психотравмирующие причины – 4 (12,5%), из них 1 – буллинг в школе и дома, 1 – детско-родительские отношения, 1 – проживание «чужого болезненного опыта», «перенос на себя», 1 – прилет БПЛА, разрушения. Без указания на психотравмирующее событие, другое – 3 (9,4%) пациента: в связи с физической, психической перегрузками – 1, жестким планированием жизни – 1, в связи с беременностью, родами – 1. Явные причины не найдены у 1 (3,1%) пациента.

Во второй группе 20 (62,50%) пациентов ощущение внутренней пустоты описывали как психическую (эмоционально-душевную) составляющую: ощущение «пустоты» – 2 (6,25%), воздушность, ощущение пространства, наполненного воздухом – 8 (25%), дыры – 8 (25%), туманной пустоты (внутренняя пустота с ощущением тумана) – 2 (6,25%).

Воспринимали внутреннюю пустоту на физическом уровне как телесный компонент 12 (37,5%) пациентов. Ощущение пустоты, воздушного пространства как телесного компонента – 3 (9,4%), «пустота» в груди – у 3 (9,4%), в области сердца – 3 (9,4%), в области живота у беременных – 1 (3,1%), во всем теле – 2 (6,3%).

Анализ описания картины «внутренней пустоты» пациентами второй группы показал, что субъективное ощущение пустоты являлось безболезненным у 30 исследуемых, что составило 93,8% случаев, неопределенно – у 1 (3,1%), болезненным переживанием при первичном обследовании – 1 (3,1%) – как «болезненная пустота», «воздух под большим давлением, хочет выйти наружу».

Так же, как и в первой группе, субъективное восприятие пациентами своего состояния при ощущении внутренней пустоты связывалось с появлением, усилением душевной боли, ощущений, воспринимаемых как физическая боль, тревоги, плохого настроения, вегетативных симптомов, но локализующихся вне чувства «пустоты», рядом, по периметру или одновременно внутри «пустоты» и по ее периметру. Иногда негативные переживания и попытки избавиться от них были настолько сильными, что превышало возможность почувствовать безболезненность самой внутренней «пустоты». В этом случае помогала психотерапия с использованием упражнений на «пустоту».

При анализе описаний «опыта пустоты» и преобладающих симптомов во второй группе были получены следующие результаты:

1. «Безболезненная пустота» и усиление душевной боли, ощущений, воспринимаемых как физическая боль, напряжения, тяжести, давления, распирания вокруг «пустоты» или рядом с ней – у 13 (40,7%) пациентов.

2. «Безболезненная пустота» и усиление тревоги, беспокойства, страха, появления паники с ощущением нехватки воздуха, сердцебиения – 12 (37,5%).

3. «Безболезненная пустота» и жар снаружи, колющие боли, вегетативные симптомы (повышенная потливость, сердцебиение, тошнота) – 1 (3,1%).

4. «Безболезненная пустота» и боль внутри и снаружи «пустоты» с сохранением участков безболезненности – 3 (9,4%).

5. «Безболезненная пустота» в теле, как будто его нет, сочетающаяся с эйфорией и слабостью в теле, легкостью, что ничего не болит, в течение нескольких часов, сменяющаяся на напряжение, страх, отсутствие ясности в голове, головную боль – 1 (3,1%).

6. Не указано – 1 (3,1%).

7. «Болезненная пустота», как «воздух под большим давлением, хочет выйти наружу» – 1 (3,1%).

Ниже приведены примеры переживания «внутренней пустоты» и проведения психотерапии с использованием упражнений на «пустоту».

Юлия, 21 год, F20.0. Ощущение разреженности в грудной клетке появилось год назад. До этого с 15 лет были постоянные ощущения пустоты в груди, и в центре пустоты была боль, и вокруг пустоты была боль. «Пустота» была физическая. На фоне этого резала себя с 10 лет. Это помогало облегчить боль. Состояние разреженности в груди легче переносится. «Пустота» также заполняется во время курения. Делала упражнения в течение 3 лет практически каждый день: уходила в центр пустоты и старалась ее прочувствовать и отпустить. Она заполнялась, появлялись разреженность и легкость, как воздушность. Боль при этом отпускала.

Инна, 44 года, F45.4. Жаловалась на постоянные головные боли, 3–7 баллов по визуальной аналоговой шкале. Обследовалась у неврологов, лечилась в дневном стационаре по поводу головной боли напряжения. Обращалась к психиатру, принимала эсциталопрам 2 мес, стало легче. После отмены возобновились боли, начала принимать сульпирид 50 мг 3 раза в день 2 мес, чувствовала себя отлично, бросила принимать из-за набора массы тела. Головные боли возобновились. По назначению психиатра начала принимать дулоксетин до 120 мг/сут – без эффекта, бросила принимать постепенно. Далее обратилась к психотерапевту, назначили карбамазепин 200 мг/сут и травяной сбор с магнием – 15 дней. Занималась по рекомендации психотерапевта упражнениями: искала больную точку в голове и искала место рядом, которое не болит, где было ощущение воздушности, местами «пустота» – часто боль мигрировала в районе лба; дальше концентрировалась в течение минуты на воздушность («пустоту»), воздушность заполнялась теплотой и боль отступала. Занималась с психотерапевтом: стала меньше зацикливаться на домашних делах, что-то откладывала на завтра или через день, старалась меньше жить планами. Головная боль больше не беспокоит. Карбамазепин отменен. Настроена на продолжение работы с психотерапевтом.

Алина, 29 лет, F41.2. Маленькая «пустота» возникла с 10-го класса. «Была обида и тревога, что я ненужная, это я пыталась заглушить тем, что сама старалась помочь еще больше. Позже появилась пустота после 4-й операции на позвоночнике, была безысходность, когда я думала, что моя жизнь состоит из боли, больницы и дома, что я никому не нужна и никто не сможет понять мои чувства. Пошла к психотерапевту, потому что хотела покончить с собой из-за ненужности и пустоты, пропила таблетки, стало легче. Проходила курс лечения и упражнений, становилось лучше. Был комок на душе, внутри пустота, я пыталась ее заполнить, но выходило только хуже, клубок и нитки сдавливали пустоту. Также когда хорошее настроение и позитив – в голове была небольшая пустота, и я ее пыталась заполнить разговорами и алкоголем, но когда приходила домой, она выветривалась. Пустота в голове появляется из-за множества мыслей, ощущается как воздушность, ощущается как физическая. Пустота в голове не болит. Частые головные боли. В рамках исследования пришла на прием к психотерапевту и объяснила, что пустота – клубок, сдавливает ее в груди, а ветер выветривается из головы и пустота остается. Когда я сделала упражнение, я и правда ощутила, что пустота не болезненная и что становится легче. Ощущаешь, что с ней можно жить и не стремиться заполнять. Пустота в душе как эмоциональная. До упражнения ощущалась как сплошная боль. Но после упражнения я ощутила, что сама пустота не болит, боль – вокруг пустоты».

После проведенной психотерапии, в том числе с использованием упражнений на «пустоту», 13 пациентов 2-й группы оценили и дали описание своего состояния:

1. «Пустота» полностью ушла, вместо этого появились тепло, чувство заполненности, уменьшилась тревога, улучшилось настроение, прошли боли у 7 (53,8%) пациентов.

2. Ощущение «пустоты» заменилось на ощущение разреженности, воздушности или реже – тумана. Уменьшились боли, снизилась тревога, состояние субъективно стало легче переноситься, чем предыдущее ощущение пустоты – у 4 (30,8%).

3. Ощущение «пустоты», дыры заменилось на ощущение холода в груди, уменьшились тревога, страх перед будущим – 1 (7,7%).

4. При выполнении упражнения происходят физическое расслабление, успокоение, но в дальнейшем «пустота» сохраняется – 1 (7,7%).

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют, что «внутренняя пустота» является двухкомпонентным явлением: собственно «внутренняя пустота» (безболезненное состояние) – и душевная боль, тревога, депрессия, ощущения, воспринимаемые пациентами как боль, усиливающиеся при появлении «пустоты», которые возникают по периметру или в центре «пустоты».

Выявленная связь между разными описаниями «внутренней пустоты» демонстрирует, что «внутренняя пустота» может иметь различные стадии и переходить из ощущения «пустоты» – в ощущение разряженного пространства, далее – в «пустоту», заполненную воздухом, далее – в бесчувственное («ничего не чувствую», «ничего нет») ощущение, которое, как правило, является начальным при формировании «внутренней пустоты» и более легко переживаемым состоянием с менее выраженным аспектом боли, тревоги, депрессии, страданий. И наоборот, «внутренняя пустота» может изменяться по содержанию, наполнению в прямом порядке: от «ничего нет» через ощущение воздуха внутри «пустоты» – к ощущению разреженности и в конце – ничем не заполненного замкнутого пространства «пустоты» или «дыры» как сквозного, что может свидетельствовать об ухудшении состояния (с усилением и трудной переносимостью болей, тревоги, депрессии, страданий).

Полученные результаты могут использоваться в диагностике состояния пациентов и проверке эффективности проведенной психотерапии. Трудности в диагностике представляет «внутренняя пустота», описываемая пациентом как «ничего нет, ничего не чувствую». Как правило, пациент не обращает на это внимания в связи с отсутствием каких-либо болевых ощущений в этой области. Но присутствие напряжения, тяжести, легких ощущений боли, тревоги, проявляющихся по периметру, и наличие жалоб пациента на плохое самочувствие может оказаться решающим.

Психотерапия МПДП (О.В. Михеева, А.С. Толкачев), основанная на субъективном восприятии человеком своего состояния, позволяет провести одновременно диагностику и психокоррекцию патологического состояния, выявляемого с помощью психотерапевтических критериев, каковым является ощущение внутренней пустоты. По нашему мнению, ощущение внутренней пустоты – это психотерапевтический критерий патологического состояния человека, связанного с исключением прожитого опыта и жесткими запретами. Психотерапия основана на осознании, принятии исключенного прожитого опыта, как положительного, так и отрицательного, психокоррекции ментальных установок, связанных с запретами значимого, построении жизни с учетом случившегося. В МПДП используются упражнения с «пустотой», упражнения на принятие тревоги.

Несмотря на то что упражнения могут дать быстрый психотерапевтический эффект, улучшить психическое и физическое состояние, не надо забывать о более долгосрочной психотерапии по вскрытию причины, работе с ней, дальнейшему изменению образа жизни пациента при желании и устремлении его к этому.

Факт безболезненности «внутренней пустоты» может открыть путь для психотерапии таких пациентов и дальнейшего исследования природы «пустоты».

Стойкое отсутствие критериев, связанных с «пустотой», появление ощущения заполненности, тепла, исчезновение болей, тревоги, депрессии свидетельствуют об эффективности психотерапевтического лечения, ремиссии, выздоровлении.

Заключение

Представленные в статье результаты исследования, основанные на изучении субъективного опыта ощущения «внутренней пустоты» у пациентов с диагнозами непсихотического регистра, дают более широкое представление о природе «внутренней пустоты», возможности для ее точного определения. Обобщение и анализ опыта пациентов открывают новый взгляд на природу «пустоты» как безболезненного состояния, но сопряженного с усилением боли, тревоги, депрессии, страдания, возникающих по периметру самой «пустоты» или одновременно в ее центре и периметру. Осознание пациентом, что в той боли, невыносимых для него страданиях, связанных с «пустотой», есть участки с отсутствием боли, осознание безболезненности «пустоты» помогает ему легче пережить это состояние и наметить путь для дальнейшей психокоррекции состояния, связанного с причиной возникновения «пустоты».

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Благодарности. Автор статьи выражает благодарность Анатолию Сергеевичу Толкачеву за помощь в раскрытии темы природы «внутренней пустоты».
Acknowledgements. The author would like to express her gratitude to Anatoly S. Tolachev for assistance in revealing the topic of the “inner emptiness nature”.

Список литературы доступен на сайте журнала https://klin-razbor.ru/
The list of references is available on the journal's website https://klin-razbor.ru/

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Михеева Ольга Викторовна – ассистент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак-та непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: miheeva-1969@mail.ru; ORCID: 0009-0004-5529-8112

Поступила в редакцию: 09.07.2026
Поступила после рецензирования: 23.07.2026
Принята к публикации: 06.08.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Olga V. Mikheeva – Assistant, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: miheeva-1969@mail.ru; ORCID: 0009-0004-5529-8112

Received: 09.07.2026
Revised: 23.07.2026
Accepted: 06.08.2026