

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 79 (84)

Санкт-Петербург
2021

Редакционная коллегия

В.С. Черный (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); О.В. Леонтьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); В.Г. Булыгина (Москва, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 592-14-19, 923-98-01

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2021
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2021

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 79 (84)

St. Petersburg
2021

Editorial Board

V.S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); O.V. Leontev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); V.G. Bulygina (Moscow, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19, 923-98-01

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2021

© International Institute of Human Potential Abilities, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Александров А.А.

Полифоническая концепция сознания Михаила Бахтина в ее значении для аналитико-катартической терапии 7

Краснов А.А., Синенченко А.Г., Рутковская Н.С.

Анализ многопрофильного подхода к лечению психических расстройств, осложненных суицидной попыткой 24

Лысенко Н.Е., Пеева О.Д.

Нарушения социальной апперцепции у больных шизофренией 34

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Голубь О.В., Тимофеева Т.С., Пирогова О.Д., Волчанский М.Е.

Особенности Я-концепции у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ 48

Гончаров К.Н., Юсупов В.В., Марченко Л.О., Бабич Е.О.

Дистанционное обучение в медицинском вузе: опыт, проблемы, перспективы 65

Морозова Е.В., Алексанин С.С.

Реабилитационная приверженность больных и инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий 75

Кобозев И.Ю., Золотенко В.А.

Влияние стажа службы на стрессоустойчивость, копинг-стратегии и волевые качества сотрудников органов внутренних дел 93

Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г.

Синдром профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи 105

Николаева О.В., Караваяева Т.А.

Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных 121

Загорная Е.В., Вьюшкова С.С., Капитанаки В.Е.

Структура самоотношения подростков, склонных к интернет-аддикции 134

Информация о журнале 147

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Alexandrov A.A.

Mikhail Bakhtins polyphonic concept of consciousness in its meaning for analytic-cathartic therapy 7

Krasnov A.A., Sinenchenko A.G., Rutkovskaya N.S.

Analysis of the multidiscipline approach to the treatment of mental disorders complicated by suicidal attempt 24

Lysenko N.E., Peeva O.D.

Violations of social apperception in patients with schizophrenia 34

MEDICAL PSYCHOLOGY

Golub O.V., Timofeeva T.S., Pirogova O.D., Volchansky M.E.

Features of the Self-concept in patients with psychoactive substance dependence 48

Goncharov K.N., Yusupov V.V., Marchenko L.O., Babich E.O.

Distance learning in a medical university: experience, problems, prospects 65

Morozova E.V., Aleksanin S.S.

Rehabilitation commitment patients and disabled people leading disabling pathologies 75

Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A.

Influence of service experience on stress tolerance, coping strategies and strong-willed qualities of police officers 93

Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G.

Professional burnout of ambulance paramedic 105

Nikolaeva O.V., Karavaeva T.A.

Psychotherapeutic targets and personalized program of medical and psychological support of cardiac surgical patients 121

Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E.

The structure of the self-attitude of adolescents prone to internet addiction 134

Information about the Journal 147

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

А.А. Александров

ПОЛИФОНИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОЗНАНИЯ МИХАИЛА БАХТИНА В ЕЕ ЗНАЧЕНИИ ДЛЯ АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

В статье рассматривается концепция полифонического сознания М.М. Бахтина, разработанная им на основе анализа произведений Ф.М. Достоевского. Принципы построения диалогов в литературном произведении, основанные на полифонизме сознания, находят отражение в теории и практике аналитико-катартической терапии. В частности, осязаемый вклад концепция Бахтина вносит в разработку проблемы «диалога с воображаемым Другим» и в практику процедуры двойного дублирования.

Ключевые слова: аналитико-катартическая терапия, полифония, внутренняя речь, внутренний диалог, диалог с воображаемым Другим, двойное дублирование.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА – *аналитико-катартическая терапия Александрова*) [1] – это современная модель психотерапии, основанная на теории личности и концепции невроза В.Н. Мясищева. Однако, в отличие от патогенетической психотерапии, основным методом которой является беседа терапевта с пациентом, ядром метода аналитико-катартической терапии служит диалог пациента с воображаемым значимым Другим, который имеет отношение к проблеме самопознания, поиска и обретения подлинной идентичности и, в сущности, является диалогом человека с самим собой – внутренним диалогом.

В связи с этим АКТА обращается к диалогическому подходу, расширяя тем самым теоретическую платформу метода, один полюс которого представлен психодинамическим подходом, другой (собственно *диалог*) – феноменологическим. Рассматривая АКТА с позиций диалогического под-

✉ Александров Артур Александрович – д-р мед. наук, проф., проф. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

хода, мы отталкиваемся, прежде всего, от концепций отечественных ученых М.М. Бахтина и Л.С. Выготского, которых сближает идея диалогического построения сознания. Л.С. Выготский говорил о диалогической природе умственной деятельности и человеческой мысли. Для Выготского диалог – это конкретный психологический эквивалент социальной природы мысли, это совокупность социальных отношений, конструирующих человеческую сущность.

М.М. Бахтин на основе анализа творчества Ф.М. Достоевского в работе «Проблемы поэтики Достоевского» разработал концепцию полифонического сознания, основополагающей идеей которой служит идея диалогизма. «Не анализ сознания в форме единого и единственного «я», а анализ именно взаимодействий многих сознаний, – не многих людей в свете одного сознания, а именно многих равноправных и полноценных сознаний». «Не то, что происходит внутри, а то, что происходит на границе своего и чужого сознания, на пороге» [4].

Это не означает, что диалогизм не присутствует нигде, кроме литературных произведений Достоевского. Наоборот, «поэтика Достоевского» – только модель, при помощи которой Бахтин воссоздает особенности реальной жизни [8]. Бахтин придал диалогу и диалогизму значение общегуманитарной идеи, которая одновременно описывает человеческую реальность и предписывает определенный подход к этой реальности. Весь его дискурс развивается в противопоставлении монологизму традиционной науки [12].

Проблема отношения Я и Другого занимала Бахтина в течение всей его творческой жизни. Свои варианты ее решения, иудаистский и православный, предлагали М. Бубер и А. А. Ухтомский. Эта проблема, пишет А. Эдкин, станет ключевой для западной гуманитарной науки последней трети столетия; она составит одну из основных тем того ее направления, которое известно как постмодернизм. Некоторые общие для постмодернизма идеи Бахтину удалось сформулировать раньше и точнее его западных коллег [12].

Рассмотрим те из положений концепции М.М. Бахтина, которые находят отражение в теории и практике аналитико-катартической терапии.

Каждый человек – носитель собственной правды. Основная особенность творчества Достоевского, согласно Бахтину, состоит в том, что герой у Достоевского не выражает идеологическую позицию автора, а является полноправным носителем собственного слова и собственной позиции. Писатель не манипулирует своими героями как объектами, не судит

своих героев, а дает им право самим высказать себя, свою правду о мире, свое видение других людей и себя самих среди людей. Ни у кого нет привилегии на единственную правду, каждый человек – носитель собственной правды [6]. «Множественность самостоятельных и неслиянных голосов и сознаний, подлинная полифония полноценных голосов является основной особенностью романов Достоевского». Достоевский – творец *полифонического романа*. Мир Достоевского глубоко персоналистичен: всякую мысль он воспринимает и изображает как позицию личности [4, с. 9].

Бахтин отмечает, что впервые основную структурную особенность художественного мира Достоевского нащупал Вячеслав Иванов, который определяет творчество Достоевского как реализм, основанный не на познании (объектном), а на «проникновении». Утвердить чужое «я» не как объект, а как другой субъект – таков принцип мировоззрения Достоевского [там же, с.15]. Создав полифонический мир, Достоевский тем самым разрушает сложившиеся формы европейского, в основном монологического романа, в котором вместо взаимодействия нескольких неслиянных сознаний представлялось взаимоотношение идей и мыслей, довлеющих одному сознанию [там же, с.14]. Полифонический роман весь сплошь диалогичен. Между всеми его элементами существуют *диалогические отношения*. Поэтому все отношения отдельных частей и элементов романа носят у Достоевского диалогический характер, и целое романа он строил как «большой диалог». В большом диалоге герои романа существуют как равноправные носители своих «правд»; тут нет единственной привилегированной «правды». Сознание каждого существует не само по себе, а на фоне чужих сознаний.

Внутри этого «большого диалога», пишет Бахтин, звучали, освещая и сгущая его, композиционно выраженные диалоги героев – и, наконец, диалог уходит внутрь каждого слова, делая его двуголосым, в каждый жест, в каждое мимическое движение лица героя, делая его перебойным и надрывным – это уже «микродиалог» [там же, с. 65]. Даже монологическая речь человека нередко пронизана скрытой полемикой, при которой слово направлено на свой предмет (а не против чужого слова), но строится так, чтобы ударять по чужому слову, не воспроизводимому, а лишь подразумеваемому.

Микродиалог – это внутренний диалог человека, развертывание которого определяется присутствием «чужого слова» воображаемого собеседника. Спор с ним, постоянное «напряженное противостояние» – стержень внутренних монологов героев Достоевского. Этот «авторитетный со-

беседник» – активный участник психической жизни героя, который соединяет в себе черты, «голоса» реальных людей. В то же время он представляет собой обобщенно-символический образ носителя определенной «идеи», позиции, отношения к миру. Это переход от внешнего общения героя с реальным другим к внутреннему спору с ним как «напряженному противостоянию» идей, взглядов и позиций [7].

Самосознание как доминанта построения образа героя. При создании образа героя Достоевский не интересуется его социально-типическими и индивидуально-характерологическими признаками. Важно другое: смысловая и оценивающая позиция человека по отношению к себе самому и к окружающей действительности. Все, что служит автору для создания образа героя, становится объектом рефлексии самого героя, предметом его самосознания. Бахтин пишет: «То, что должно быть раскрыто, является не твёрдым и устойчивым образом героя, но последним итогом его сознания и самосознания, в конце концов, последним словом героя о себе самом и о своём мире» [4, с. 71]. Вся художественная конструкция романа Достоевского направлена на раскрытие и уяснение этого слова героя и исполняет по отношению к нему провоцирующие и направляющие функции [4, с. 14]. Цель – «самоуяснение, самораскрытие героя, слово его о себе самом как последняя цель построения» [там же, с.81]. Исключительно важно для понимания творчества Достоевского: та «правда», к которой должен прийти и, наконец, действительно приходит герой, может быть только правдой собственного сознания. Она не может быть нейтральной к самосознанию. Только в форме исповедального самовысказывания может быть, по Достоевскому, дано последнее слово о человеке, действительно адекватное ему [там же, с. 84].

Познание «внутреннего человека». Человек у Достоевского есть *субъект обращения*. О нём нельзя говорить – можно лишь обращаться к нему. В человеке всегда есть что-то, что только сам он может открыть в свободном акте самосознания и слова. «Овладеть внутренним человеком, увидеть и понять его нельзя, делая его объектом безучастного нейтрального анализа, нельзя овладеть им и путём слияния с ним, вчувствования в него. Нет, к нему можно подойти и его можно раскрыть – точнее, заставить его самого раскрыться – лишь путём общения с ним, диалогически. Только в общении, во взаимодействии человека с человеком раскрывается и «человек в человеке», как для других, так и для себя самого» [там же, с. 382]. Правда о человеке в чужих устах, не обращённая к нему диалогически, то есть заочная правда, становится унижающей и умерщвляющей его ложью,

если касается его «святая святых», то есть «человека в человеке» [там же, с.90]. Пока человек жив, он живёт тем, что ещё не завершён и ещё не сказал своего последнего слова.

Достоевский считает себя реалистом, а не субъективистом-романтиком, замкнутым в мире собственного сознания; свою *новую* задачу – «изобразить все глубины души человеческой» – он решает «при полном реализме», то есть видит эти глубины *вне* себя, в *чужих* душах. К современной ему психологии – и в научной, и в художественной литературе, и в судебной практике – Достоевский относился отрицательно. Он видел в ней унижающее человека овеществление его души, сбрасывающее со счёта её свободу, незавершённость и ту особую *неопределённость* – *нерешённость*, которая является главным предметом изображения у самого Достоевского: ведь он всегда изображает человека *на пороге* последнего решения, в момент *кризиса* и незавершённого – и *непредопределимого* – поворота его души [там же, с. 92].

Итак, заключает Бахтин, новая художественная позиция автора по отношению к герою в полифоническом романе Достоевского – это *до конца проведённая диалогическая позиция*, которая утверждает самостоятельность, внутреннюю свободу, незавершённость и нерешённость героя. В замысле Достоевского герой – носитель полноценного слова, а не безгласный предмет авторского слова. Только диалогическая, соучастная установка принимает чужое слово всерьёз и способна подойти к нему как к смысловой позиции, как к другой точке зрения [там же, с. 95]. Чужие сознания нельзя созерцать, анализировать, определять как объекты, как вещи, – с ними можно только *диалогически общаться*. Думать о них – значит *говорить с ними, иначе они тотчас же поворачиваются к нам своей объектной стороной*: они замолкают, закрываются и застывают в завершённых объектных образах. От автора полифонического романа требуется не отказ от себя и своего сознания, а необычайное расширение, углубление и перестройка этого сознания (правда, в определённом направлении) для того, чтобы оно могло вместить полноправные чужие сознания [там же, с. 103].

АКТА – полифонический метод психотерапии. Метод аналитико-катартической терапии сопоставим по структуре, целям, способам раскрытия личности, ее ценностей и смыслов с полифоническим романом Достоевского. Внутренняя жизнь человека – это мир его переживаний, в основе которых лежит система отношений личности, сформированная в процессе интериоризации отношений участников первичных социальных групп: внешние диалоги со значимыми другими становятся внутренними. Это

своеобразный микрокосм, слепок отношений окружающей социальной среды (прежде всего – семейной) во внутреннем мире человека. От характера этих отношений, от качества «социальной энергии» (ключевое понятие динамической психиатрии Гюнтера Аммона) – конструктивной, дефицитарной или деструктивной – зависит формирование личности как конструктивного или дефицитарно-деструктивного типа.

АКТА рассматривает эмоциональные (невротические) проблемы пациентов как результат нарушения процесса самопознания и самосознания, процесса формирования идентичности и, прежде всего, как результат нерешенного «кризиса идентичности» подросткового возраста, что отражается на более поздних этапах жизни при решении кризисных ситуаций. Неадекватная самооценка и самоотношение формируются под влиянием деструктивно-дефицитарных отношений, доминирующих в первичной социальной группе. Пациент хранит память о переживаниях детства и отрочества, однако не в полной мере осознает их значение в своей жизни, не связывает эти переживания с проблемами в отношениях с другими людьми в настоящем. Кроме того, будучи эмоционально неотреагированными, эти переживания тяжелым грузом лежат в глубине души.

Исходя из этого, задача аналитико-катартической терапии состоит в реконструкции личности пациента (прежде всего, самоотношения) посредством пересмотра им своих отношений с эмоционально значимыми другими, которые стояли у истоков формирования его личности. В процессе этой реконструкции пациент должен вновь пережить, переосмыслить и переоценить те ключевые события своей жизни и связанные с ними переживания, которые отразились на его судьбе, повлияли на его решения и выборы. С помощью психотерапевта, двигаясь по «спирали самопознания» [11] – герменевтическому кругу понимания, – пациент возвращается в виртуальное прошлое с его проблемами, конфликтами, кризисами, «днями решений» (по Э. Берну) с тем, чтобы исправить неправильное научение и отношение. Погружение пациента в атмосферу прошлой жизни с повторным переживанием конфликтных ситуаций осуществляется в АКТА с помощью имажинативной техники диалога с воображаемыми значимыми другими – членами родительской семьи (отцом, матерью, сиблингами и др.), а также участниками других социальных групп. Диалог в АКТА – это не только отыгрывание пациентом травматических сцен из прошлого, что само по себе может быть целительным, но, прежде всего, прояснение и переоценка пациентом отношений со значимыми другими с позиций уже более зрелой личности, накопленного жизненного опыта. Это – «встреча», в

процессе которой пациент не без помощи психотерапевта приходит к осознанию роли собственной личности в возникновении конфликтных ситуаций, затруднений в межличностных отношениях в настоящем. Установление связи опыта прошлого с актуальными конфликтами является одной из важных задач, без решения которой невозможно достижение трансформации личности, обретение пациентом новой целостности. Терапевт при этом играет роль катализатора процесса интеграции прежде разрозненных элементов дезинтегрированной личности пациента.

Структура аналитико-катаргической терапии. Психотерапия начинается с беседы терапевт-пациент. После краткого сбора общих сведений терапевт предлагает пациенту рассказать свою историю. В процессе рассказа пациент выступает как автор монологического произведения: он говорит о Другом (Других), но не с ним (с ними). Даваемые им описания ситуации, характеристики других, высказываемые точки зрения и определения представляют собой завершенную целостную действительность. Это нарратив. Между тем подлинное самосознание возможно только с позиций незавершенности, с помощью другого сознания. Истина рождается при встрече двух сознаний: чтобы увидеть себя, надо посмотреть на себя со стороны – глазами другого. В этой беседе терапевт выступает в роли внешнего непредвзятого наблюдателя, подмечая противоречия, недосказанности в речи пациента, его эгоцентрическую позицию, уязвленное самолюбие. Чем нарратив отличается от диалога? Это «объясняющий рассказ», содержащий интерпретации событий. В отличие от рассказа или повествования, констатирующего факты, нарратив содержит индивидуальные оценки и эмоции повествующего, его размышления. Это скорее не объективное, а субъективное повествование. Другими словами, нарратив – это тенденциозный рассказ о себе и своей ситуации с позиций монологазма. Пациент предстает как жертва трудных жизненных обстоятельств, высказывает претензии, обвинения, испытывая чувства обиды и несправедливого отношения к себе со стороны другого или других. Свою историю пациент излагает в выгодном для себя свете, стремясь к сохранению чувства достоинства. В процессе этой беседы терапевт идентифицирует эмоционально значимые для пациента фигуры из прошлой и настоящей жизни, с тем, чтобы на последующих сеансах психотерапии пациент мог вновь «встретиться» с этими фигурами и прояснить отношения с ними, используя имагинативную технику «диалога-встречи» – диалога с воображаемым Другим.

В АКТА идентифицированные фигуры разделяются на первичные (родительские, семейные и проч.), которые служили для пациента объектами идентификаций, и актуальные фигуры из настоящей жизни. Проигрывание диалогов с каждой из этих фигур осуществляется, как уже говорилось, по принципу «герменевтического круга» с помощью техники «пустого стула».

Микродиалог и большой диалог в АКТА. Диалоги с воображаемыми Другими в АКТА – это работа по разворачиванию внутренних диалогов (микродиалогов по Бахтину). Они завершаются частичным катарсисом и способствуют прояснению отношений с конкретными значимыми другими. Катарсис в АКТА понимается не просто как эмоциональная разрядка, а как осознание, сопровождаемое нравственным очищением [2]. В процессе диалога с отдельно взятой фигурой пациент начинает лучше осознавать какой-либо частный аспект своей личности. Переходя же от одной фигуры к другой в процессе движения по герменевтическому кругу, он опосредованно устанавливает неосознаваемые им прежде связи (отношения) между этими фигурами из своего социального окружения в их значении для себя и начинает осознавать суть собственной роли в этих взаимоотношениях. В результате происходит интеграция частичных катарсисов, достигнутых в ходе проигрывания отношений с отдельными фигурами (микродиалогов), в единое целое – катарсис интеграции. Это большой диалог в АКТА – полифоническое целое участвующих в диалогах значимых других. Это диалог «голосов» значимых других из прошлой и настоящей жизни пациента, интериоризованных и репрезентированных во внутреннем мире пациента в виде отдельных позиций его личности. Это те голоса, с опорой на которые формировались самооценка, самоотношение, идентичность личности пациента. Большой диалог – это взаимопроникновение голосов всех участников герменевтического круга. Нет, эти голоса не сливаются в один голос, поскольку у каждого из них «своя правда», а сосуществуют теперь, после того как были осознаны в полной мере, как равноправные с голосом пациента. Итак, в большом диалоге каждый индивид выступает как равноправный носитель «своей правды». Пациент выходит из герменевтического круга обновленным и просветленным. Мир остается прежним – других не изменишь, они остаются такими, какие они есть, и у каждого из них «своя правда», но... изменяется отношение пациента к другим и к миру в целом вследствие изменения отношения к себе: принимая себя, человек находит себя в этом непрестом мире. Он обретает подлинную идентичность, целостность и внутреннюю свободу. Таким обра-

зом, большой диалог – это интеграционный процесс, который завершается катарсисом интеграции и трансформацией личности.

Суть и техника диалога с воображаемым Другим. Внутренний диалог тесно связан с такими понятиями, как внутренняя речь, рефлексия, самосознание. А.В. Россохин [9] определяет внутренний диалог как один из видов внутренней речи, обладающий ее характеристиками. Свой теоретический вывод автор подкрепляет точкой зрения В.Н. Волошинова (1929): «... единицей внутренней речи являются некие *целые*, несколько напоминающие абзацы монологической речи, или целые высказывания. Но более всего они напоминают *реплики диалога*. Недаром внутренняя речь представлялась уже древнейшим мыслителям как *внутренний диалог*» [цит. по 9].

Внутренняя речь содержит много скрытых смыслов, которые проявляются с помощью означения, вербализации. Нет ничего тайного, что не стало бы явным. В принципе все доступно сознанию, была бы воля пациента и поддержка терапевта. В процессе сеанса терапевт пытается «развернуть» свернутую внутреннюю речь пациента с ее неотрефлексированными элементами во внешнюю коммуникативную речь, обращенную одновременно и к воображаемому другому, и к терапевту. Другими словами, внутренний диалог переозначивается, переосмысливается, способствует изменению ценностно-смысловых образований личности.

Внутренний диалог связан с рефлексией. Рефлексия может протекать в форме внутреннего диалога, и, напротив, формальные характеристики внутреннего диалога могут быть рефлексивными. Частично понятия внутреннего диалога и рефлексии пересекаются. Рефлексивный процесс может обладать структурой монолога, диалога и полилога; внутренний диалог исключает наличие монологической структуры. А.В. Россохин, В.Л. Измагурова отмечают главное различие внутреннего диалога и рефлексии в задачах, выполняемых тем и другим процессом. Задача рефлексии – осознание внешнего и внутреннего опыта и его отражение в форме определенного смысла; задача внутреннего диалога – порождение нового смысла. Таким образом, если рефлексия представляет собой реализацию в интрапсихическом плане принципа отражения, то внутренний диалог реализует принцип взаимодействия. Во внутреннем диалоге протекают процессы переосмысления и порождения новых смыслов, осознания мотивов и изменения системы ценностей [10].

Запуск внутреннего диалога. Согласно Бахтину, внутренняя речь только по видимости монологична, но по сути представляет собой постоянный диалог с чужими голосами. Монолог Бахтин понимает как диалог,

вошедший внутрь («интериоризированный»): слово должно было сначала родиться и созреть в процессе социального общения, чтобы затем войти в организм и стать внутренним словом. Проблема осознания неотчетливых переживаний при эмоциональных нарушениях состоит в том, что в силу включения механизмов психологической защиты внутренний монолог (как рефлексивная деятельность) не трансформируется во внутренний диалог. Диалог заблокирован. Задача терапевта – запустить диалог, инициировать его и обеспечить последующее сопровождение.

Диалог с воображаемым Другим в АКТА – это, по существу, триалог, поскольку в нем в качестве третьего участника выступает терапевт. Вначале речь пациента монологична, пациент лишь внешне имитирует диалог: пересаживаясь со своего стула на стул воображаемого другого, выступает при этом с одной и той же монологической позицией, звучат не два голоса, а один. Другая позиция подавлена, оттеснена, пребывает в тени сознания. Ее необходимо вывести на свет, дать ей проявиться, превратить потенциально диалогичный монолог в диалог. Терапевт «запускает» внутренний диалог, встраиваясь во внутриличностное пространство между противоречивыми позициями пациента. Терапевт не вносит ничего от себя, он интуитивно угадывает скрытые смыслы в репликах пациента. Его «чужое слово» как «смысловое высказывание» должно «попасть в цель» или хотя бы частично совпасть с тайным смыслом пациента. Это слово (конфронтационная реплика) терапевта «раскалывает» монологизм пациента, обрушивая психологическую защиту. Открывается доступ к отвергаемой части сознания, а стало быть, к диалогу.

Диалог с воображаемым Другим – это внутренний диалог (микродиалог), осуществляемый во внутренней речи. Надо отличать внутреннюю речь («почти безмолвную», согласно Выготскому) от внутреннего говорения, т.е. озвучения готовых суждений, мнений и позиций (речи «про себя»). Смысл деятельности терапевта состоит в том, чтобы, как уже говорилось, превратить внутреннюю речь (диалог) в речь внешнюю. Как у Выготского: «мысль не выражается, но совершается в слове». Терапевт должен встроиться в поток внутренней смысловой речи пациента и направить его по пути преодоления защитных механизмов (и только), не настаивая при этом на собственных гипотезах в отношении скрытых смыслов речи пациента, а лишь предлагая свои высказывания-позиции на его рассмотрение в форме «набрасывания смысла».

Двойное дублирование. Диалог с воображаемым Другим в АКТА суть, собственно, техника двойного дублирования. Терапевт выступает в

роли дублера (внутреннего голоса) пациента, при этом озвучивает не только голос-позицию Я пациента, но и голос его воображаемого собеседника (проективного Я). Процедура «двойного дублирования» осуществляется с помощью пустого стула. Терапевт встраивается в интрапсихическое пространство пациента между двумя противоборствующими позициями и, таким образом, «изнутри» направляет процесс. Терапевт стремится работать на уровне внутренней смысловой речи, используя интуицию и логику: его реплики подаются в виде «догадок» и «набрасывания смысла» (Х.-Г. Гадамер).

Реплики (сообщения) терапевта носят характер *высказываний* в понимании Бахтина. Высказывание выражает не только определенную авторскую позицию и тем самым способно «определять активную ответную позицию других участников общения» [3], но и всегда отвечает на предшествующий контекст и предвосхищает ответную реакцию. Высказывание имеет не только «непосредственное отношение к чужим высказываниям», но и непосредственный контакт с действительностью (с внесловесной ситуацией). Возможность понимания слова (речи) вырастает на основе вовлеченности беседующих в общую ситуацию [3]. Вот почему необходим воображаемый Другой. Он вовлечен в общую ситуацию и поэтому обостряет внутренние противоречия пациента. Через него терапевт конфронтирует пациента с его противоречиями – прямо, а не опосредованно, как это делает терапевт в процессе традиционной беседы с пациентом, в которой идет «разговор о Другом, но не с Другим». Диалог в АКТА можно сравнить с очной ставкой: Другой из обвиняемого превращается в обвинителя. Он – укор совести.

По Бахтину, абсолютно нейтральное высказывание невозможно. Наиболее существенным средством выражения эмоционального отношения, оценки высказывания является интонация. Она задает общий смысл всего высказывания. Волошинов (1926) пишет: «Интонация устанавливает тесную связь слова с внесловесным контекстом: живая интонация как бы выводит слово за его словесные пределы... Интонация всегда лежит на границе словесного и не-словесного, сказанного и не-сказанного... Интонация ориентируется в двух направлениях: по отношению к слушателю... и по отношению к предмету высказывания как к третьему живому участнику» [цит. по 3]. В АКТА при дублировании из всех невербальных средств воздействия на пациента интонационная составляющая смыслового высказывания играет наиболее существенную роль в понимании скрытых смыслов.

Соотношение внешнего и внутреннего в диалоге. Бахтин представлял душевную жизнь человека как сплошную внутренне-внешнюю «границу»: каждое внутреннее переживание оказывается на границе – месте встречи с другим. Смотря внутрь себя, он смотрит в глаза Другому или глазами Другого. Диалог в АКТА разворачивается на этой границе. И пациент, и терапевт одновременно являются участниками внешнего диалога – терапевт-пациент – и внутреннего – пациент-воображаемый Другой. Внешний композиционно выраженный диалог неразрывно связан с диалогом внутренним, то есть с микродиалогом, и в известной мере на него опирается [5].

Реплики терапевта адресуются к внутреннему диалогу (скрытому). По существу идет диалог между сознанием (внешняя речь) и бессознательным (внутренняя речь). Слово терапевта, как и всякое чужое высказывание, активизирует внутренний «антитезис», вызывает возражение – интенцию внешнего или внутреннего спора, являющегося, по Бахтину, сущностной формой «саморазвития персонализированной идеи». Чужое высказывание, вызывая «активное ответное понимание» (Бахтин), активизирует в подсознании реципиента «челнок» внутренней и внешней речи. Важно, что внешний и внутренний планы диалога составляют единый континуум, развиваются в непрерывной взаимной «проекции». Очевидно, пишет С.О. Копылов, подлинно диалогическим является такое общение, при котором возникает «резонанс» воспринимаемой реплики собеседника и собственного «тайного слова» – еще не выговоренной вслух, недооформленной в речи и не до конца осознанной мысли [7]. Диалог в АКТА – это техника выявления «тайного слова».

Принципы построения диалога у Достоевского (Бахтина) и процедура двойного дублирования. Принципы построения диалога у Достоевского (Бахтина) в целом и в частности соответствуют принципам диалога с воображаемым Другим в аналитико-катартической терапии как относительно ее цели (самораскрытие человека и рост его самосознания), так и способов ее реализации (конфронтационно-провокативная техника двойного дублирования). Приводим ряд тезисов из Бахтина, которые на наш взгляд в наибольшей степени отражают смысл процедуры «двойного дублирования».

1. Раскрытие человека требует создание такой атмосферы, которая «позволила бы его слову раскрыться и самоуясниться. Все должно задевать героя за живое, провоцировать, вопрошать, даже полемизировать и изде-

ваться, все должно быть обращено к самому герою, повёрнуто к нему» [4, с. 97].

2. Раскрыть его можно, лишь *вопросая и провоцируя*, но не давая ему предрешающего и завершающего образа. Свобода героя, таким образом, – момент авторского замысла. Слово героя создано автором, но создано так, что оно до конца может развить свою внутреннюю логику и самостоятельность как чужое слово, как слово самого героя [4, с. 99].

3. Принцип построения диалогов повсюду один и тот же. Повсюду – *пересечение, созвучие или перебой реплик открытого диалога с репликами внутреннего диалога героев*. Внешний композиционно выраженный диалог неразрывно связан с диалогом внутренним, то есть с микродиалогом, и в известной мере на него опирается [4, с.404].

4. Принцип сочетания голосов, которому Достоевский обязан исключительной силой своих диалогов. Это взаимоотношение внутреннего диалога (микродиалога) и внешнего, композиционно выраженного, диалога. Два героя всегда вводятся Достоевским так, что каждый из них интимно связан с внутренним голосом другого. Поэтому в их диалоге *реплики одного задевают реплики внутреннего диалога другого и даже частично совпадают с ними*. Глубокая существенная связь или частичное совпадение чужих слов одного героя с внутренним и тайным словом другого героя – обязательный момент во всех существенных диалогах Достоевского; основные же диалоги прямо строятся на этом моменте [4, с. 387].

5. Авторская активность Достоевского проявляется в доведении каждой из спорящих точек зрения до максимальной силы и глубины, до предела убедительности. Он стремится раскрыть и развернуть все заложенные в данной точке зрения смысловые возможности. И эта углубляющая чужую мысль активность возможна только на почве диалогического отношения к чужому сознанию, к чужой точке зрения [4, с.104].

Заключение

Диалог с воображаемым Другим недостаточно изучен в современной психологии. Анализируя творчество Достоевского, Бахтин указывает на два типа диалогов в творчестве писателя: диалоги реальных героев – внешние диалоги – и внутренние, скрытые диалоги («микродиалоги») – диалоги с воображаемыми другими. И эти два диалога связаны между собой: реплики внешнего диалога одного героя должны резонировать или совпадать (хотя бы частично) с репликами внутреннего диалога другого героя, тем самым запускается процесс самодвижения мысли.

Душевную жизнь человека Бахтин представляет как сплошную внутренне-внешнюю «границу» – место «встречи» с другим, одного сознания с другим сознанием. «Никакие человеческие события, – пишет Бахтин, – не развертываются в пределах одного сознания: сознание по существу множественно». В АКТА диалог совершается на этой границе – между внешним и внутренним. В сущности, внутренний диалог – это диалог с самим собой, диалог между противоречивыми позициями личности. Он разворачивается во внутренней речи – речи смысловой, еще не полностью отрефлексированной, не вполне осознанной, «почти безмолвной», в которой, по Выготскому, «мысль не выражается, но совершается в слове». Это граница между сознанием и бессознательным. Цель диалога АКТА заключается в том, чтобы неосознанное сделать осознанным, означить неотчетливые переживания пациента.

В АКТА эта цель достигается с помощью техники «двойного дублирования», при которой конфронтационно-провокативные реплики терапевта адресуются и к Я пациента, и к проекции его Я – воображаемому другому. Поскольку Другой рассматривается как иное Я пациента (alter ego), то реплики (как «смысловые высказывания» по Бахтину) адресуются к разным позициям пациента, к разным сторонам его внутреннего конфликта. Правда изначально присутствует во внутреннем мире переживаний пациента, но открывается она во внутреннем диалоге противоречивых голосов. Этот внутренний диалог замкнулся бы в своих границах, как «вещь в себе», если бы не участие в этом диалоге третьего – терапевта. Его позиция и действия всецело направлены на помощь пациенту в преодолении сопротивления и психологических защит, в результате чего открывается доступ к неосознанным содержаниям с последующим возникновением катарсиса и трансформацией личности.

Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 231 с.
2. Александров А.А. Катарсис, инсайт и интеграция личности в аналитико-катартической терапии // Вестник психотерапии. – 2020. – № 75 (80). – С. 7–29.
3. Ахутина Т.В. Теория речевого общения в трудах М.М. Бахтина и Л.С. Выготского // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1984. – № 3. – С. 4–13.
4. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. – СПб.: Азбука, 2017. – 416 с.
5. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М.: Искусство, 1976. – 33 с.

6. Демидов А.Б. Феномены человеческого бытия. – Минск: Экономпресс, – 1999. – 190 с.
7. Копылов С.О. Психологические аспекты творческого наследия М.М. Бахтина // Вопросы психологии. – № 3. – 2011. – С. 22–28.
8. Морозов С.М. Диалогизм М.М. Бахтина в контексте естественно-научной психологии // Консультативная психология и психотерапия. – 2011. – № 2. – С. 34–51.
9. Россохин А.В. Психология рефлексии измененных состояний сознания (на материале психоанализа) // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2010. – Т. 7, № 2. – С. 83–102.
10. Россохин А.В., Измагурова В.Л. Внутренний диалог и его связь с рефлексией // Вопросы психологии. – 2008. – № 4. – С. 3–14.
11. Трунов Д. Этапы и стратегии самопознания // Развитие личности. – 2009. – № 1. – С. 78–85.
12. Эдкин А. Эрос невозможного. История психоанализа в России. – М.: Гнозис; Прогресс-Комплекс, 1994. – 376 с.

Поступила 02.09.2021

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Александров А.А. Полифоническая концепция сознания Михаила Бахтина в ее значении для аналитико-катартической терапии // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 7–23.

MIKHAIL BAKHTIN'S POLYPHONIC CONCEPT OF CONSCIOUSNESS IN ITS MEANING FOR ANALYTIC-CATHARTIC THERAPY

Alexandrov A.A.

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia)

✉ Alexandrov Artur Alexandrovich – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of psychotherapy, medical psychology and sexology Nord-West State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: dr.artaleks@ya.ru.

Abstract. The article discusses the concept of polyphonic consciousness of M.M. Bakhtin, developed by him on the basis of an analysis of the works of F.M. Dostoevsky. The principles of constructing dialogues in a literary work, based on the polyphonism of consciousness, are reflected in the theory and practice of analytic-cathartic therapy. In particular, Bakhtin's concept makes a tangible contribution to the

development of the problem of "internal dialogue", "dialogue with an imaginary Other" and to the practice of the double duplication procedure.

Keywords: analytic-cathartic therapy, polyphony, dialogue with an imaginary Other, double duplication.

References

1. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emocionalnyh narushenij [Analytical and cathartic therapy of emotional disorders]. Sankt-Peterburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A. Katarsis, insajt i integraciya lichnosti v analitiko-katarticheskoy terapii [Catharsis, insight and integration of personality in analytical-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 75 (80). Pp. 7–29. (In Russ.)
3. Ahutina T.V. Teoriya rechevogo obshcheniya v trudah M.M. Bahtina i L.S. Vygotskogo [The theory of speech communication in the works of M.M. Bakhtin and L.S. Vygotsky]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology]. 1984, N 3. Pp. 4–13. (In Russ.)
4. Bahtin M.M. Problemy poetiki Dostoevskogo [Problems of poetics Dostoevsky]. Sankt-Peterburg. 2017. 416 p. (In Russ.)
5. Bahtin M.M. Estetika slovesnogo tvorchestva [Aesthetics of verbal creativity Advisory psychology and psychotherapy]. Moskva. 1976. 33 p. (In Russ.)
6. Demidov A.B. Fenomeny chelovecheskogo bytiya [Phenomena of human being Advisory psychology and psychotherapy]. Minsk. 1999. 190 p. (In Russ.)
7. Kopylov S.O. Psihologicheskie aspekty tvorcheskogo naslediya M.M. Bahtina [Psychological aspects of the creative heritage of M.M. Bakhtin Advisory psychology and psychotherapy]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology Advisory psychology and psychotherapy]. 2011. N 3. 2011. Pp. 22–28. (In Russ.)
8. Morozov S.M. Dialogizm M.M. Bahtina v kontekste estestvennonauchnoj psikhologii [Bakhtin in the context of natural science psychology Advisory psychology and psychotherapy]. *Konsultativnaya psikhologiya i psihoterapiya* [Advisory psychology and psychotherapy Advisory psychology and psychotherapy]. 2011. N 2. Pp. 34–51. (In Russ.)
9. Rossohin A.V. Psihologiya refleksii izmenennyh sostoyanij soznaniya (na materiale psihoanaliza) [Psychology of reflection of altered states of consciousness (based on psychoanalysis material)]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2010. Vol. 7, N 2. Pp. 83–102. (In Russ.)
10. Rossohin A.V., Izmagurova V.L. Vnutrennij dialog i ego svyaz s refleksiej [Internal dialogue and its connection with reflexion]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2008. N 4. Pp. 3–14. (In Russ.)
11. Trunov D. Etapy i strategii samopoznaniya [Stages and strategies of self-knowledge]. *Razvitie lichnosti* [Personality development]. 2009. N 1. Pp. 78–85. (In Russ.)
12. Edkin A. Eros nevozmozhnogo. Istoriya psihoanaliza v Rossii [Eros is impossible. History of psychoanalysis in Russia]. Moskva. 1994. 376 p. (In Russ.)

Received 02.09.2021

For citing. Alexandrov A.A. Polifonicheskaya koncepciya soznaniya Mihaila Bahtina v ee znachenii dlya analitiko-katarticheskoy terapii // *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 7–23. **(In Russ.)**

Alexandrov A.A. Mikhail Bakhtins polyphonic concept of consciousness in its meaning for analytic-cathartic therapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 7–23. 77-

АНАЛИЗ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СУИЦИДНОЙ ПОПЫТКОЙ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская д. 3, лит. А).

В статье представлен анализ оказания многопрофильной медицинской помощи пациентам, совершившим суицидную попытку. Обследовано 109 пациентов с психическими расстройствами, осложненными суицидными попытками. Средний возраст обследованных $37, 8 \pm 19,5$ лет (38 мужчин, 42 женщины). Оценивались характер суицидных попыток, степень тяжести общего состояния и обобщенная тяжесть психического состояния (по шкале GAF), структура коморбидности психической и соматической патологии. Выявлен широкий спектр психической патологии, осложнявшейся суицидными попытками, включивший основные диагностические категории МКБ-10, при этом вне зависимости от характера психического расстройства отмечалась очерченная синдромальная структура клинической картины с преобладанием депрессивных (48,6 %) и тревожно-депрессивных (29,3 %) синдромов. Среднее значение тяжести психического состояния по шкале GAF составило $14, 8 \pm 4,7$ баллов, при этом выявлена очень слабая ($r = 0,278$) статистически значимая ($p < 0,05$) корреляционная связь между общей тяжестью психического состояния и тяжестью соматического состояния вследствие совершенной суицидной попытки. Выявлены особенности психосоматической коморбидности, определяющие характер суицидального поведения, объем оказания психиатрической помощи и тактику ведения пациентов данной категории в условиях стационара.

✉ Краснов Алексей Александрович – д-р. мед. наук, доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: dr.krasnov_28@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8732-6390, eLibrary SPIN: 6682-9066;

Синенченко Андрей Георгиевич – канд. мед. наук, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А); e-mail: andreysin2013@yandex.ru;

Рутковская Наталья Сергеевна – преподаватель каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

Ключевые слова: психические расстройства, суицидальное поведение, коморбидные состояния.

Введение

Согласно данным Росстата, число суицидов в России составляет 16 983 случаев (11, 7 случаев на 100 000 человек населения) [5]. Всемирная организация здравоохранения в статистический анализ гибели от суицидов включает рубрику Росстата «смерть по невыясненным причинам» и публикует свой коэффициент смертности в России на 100 000 человек населения – 26,5 случаев [9]. Несмотря на то, что такая однозначная интерпретация рубрики представляется сомнительной, нельзя исключить того, что некоторая часть суицидов может скрываться среди смертей по невыясненным причинам и реальная распространенность суицидов несколько шире, чем удастся зафиксировать в статистических отчетах. Таким образом, проблема суицидального поведения и вопросы оказания комплексной медицинской помощи пациентам, совершившим суицидную попытку, сохраняют свою актуальность. Последствия суицидального поведения зачастую представляют собой сложный коморбидный статус, включающий как разнообразную психическую патологию (до 71–90 % суицидов сопряжены с психическими расстройствами), так и разного рода телесные повреждения, интоксикации и терминальные состояния [1–4]. Подобного рода коморбидный статус обуславливает взаимное патопластическое влияние патологии в психической и соматической сферах, усложняя и утяжеляя клиническую картину общего состояния [1, 6, 7]. В данном аспекте представляет научный интерес совершенствование модели оказания медицинской помощи пациентам с сочетанием психических расстройств и телесных повреждений вследствие суицидального поведения.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явился анализ оказания многопрофильной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами, осложненными суицидной попыткой.

Материал и методы обследования

Обследовано 109 пациентов с психическими расстройствами, совершивших суицидные попытки. Средний возраст обследованных составил $37, 8 \pm 19,5$ лет. Среди обследованных было 38 лиц мужского пола и 42 – женского. В обследованной выборке был оценен характер суицидных попыток, определена степень тяжести общего состояния, изучена структура коморбидности психических расстройств, количество случаев сопутствующей соматической патологии. Обобщенную оценку тяжести психического состояния проводили в период наибольшей выраженности психиче-

ской симптоматики с помощью шкалы GAF (The Global Assessment of Functioning), предложенной в национальной классификации психических расстройств США (DSM IV) для оценки общей тяжести состояния пациентов с психическими расстройствами [9]. Тяжесть состояния оценивалась в баллах – от 1 балла (крайне тяжелое состояние, требующее строгого надзора и постоянного ухода) до 100 баллов (полное благополучие). Проведен анализ оказания психиатрической помощи, а также медицинской помощи специалистами других специальностей. Статистическое описание полученных данных включало оценку средней величины и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Для анализа связей применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для оценки тесноты корреляционной связи – шкалу Чеддока.

Результаты исследования и их обсуждение

Структура психических расстройств в обследованной выборке представлена в таблице 1. Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о широком спектре психической патологии с некоторым преобладанием эндогенных и невротических расстройств в популяции пациентов, совершивших суицидную попытку. Поскольку такое распределение примерно соответствует распространенности расстройств данных рубрик в целом в популяции, можно предположить, что суицидное поведение в равной степени характерно для представленных категорий психических расстройств. Вместе с тем, анализ синдромальной структуры психической патологии показал преобладание тревожно-депрессивной симптоматики в психическом статусе пациентов, совершивших суицидную попытку. Так доля случаев депрессивного синдрома у обследованных пациентов составила 48,6 %, тревожно-депрессивного – 29,3 %, галлюцинаторно-бредового – 10,1 %, бредового – 5,5 %, обсессивно-компульсивного – 6,4 %. Таким образом, суицидное поведение в большей степени определялось не столько формой психического расстройства, сколько его синдромальной структурой.

Таблица 1

Перечень психических расстройств, осложнившихся суицидом

Наименование расстройств	Код МКБ-10	Абс.	%
Органические психические расстройства	F 0	20	18,3
Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	F 1	9	8,3
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F 2	33	30,3
Аффективные расстройства	F 3	11	10,1
Невротические расстройства	F 4	28	25,7
Расстройства личности	F 6	8	7,3

В таблице 2 представлена структура суицидных попыток по способу их совершения. Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о значительной представленности в структуре повреждений сочетанных травм (кататравма, дорожно-транспортные травмы), кроме того, можно отметить вероятность возникновения системных состояний измененного метаболизма вследствие длительного голодания. Тяжесть подобных состояний определяется соматической мультиморбидностью. В 12 наблюдениях (11,0 %) отмечались сочетанные суицидные попытки, включавшие, к примеру, отравления в сочетании с колото-резаными самоповреждениями либо попытками самоудушения, что также приводило к сочетанным повреждениям.

Таблица 2

Способы совершения суицидных попыток обследованными пациентами

Варианты суицидных попыток	Абс.	%
Пероральное отравление	33	31,2
Внутривенное введение токсичных субстанций (воздуха)	4	3,7
Кататравма	18	16,5
Самоудушение	19	17,4
Колотые (резаные) самоповреждения	40	36,7
Отказ от пищи	1	0,9
Умышленные дорожно-транспортные происшествия	3	2,8
Самоутопление	2	1,8
Самопричинение травмы тупым предметом	1	0,9

Анализ степени тяжести состояния пациентов вследствие суицидных попыток показал, что в 36 наблюдениях (33,0 %) их состояние при поступлении в стационар расценивалось как удовлетворительное, объем ограничивался первой медицинской помощью. После непродолжительного на-

блюдения пациенты госпитализировались в психиатрическое отделение для оказания психиатрической помощи. В 59 наблюдениях (54,1 %) тяжесть состояния была расценена как средняя. В 14 наблюдениях (12,8 %) отмечались состояния тяжелой степени. Обобщенная оценка тяжести состояния по шкале GAF показала, что среднее значение тяжести состояния составило $14,8 \pm 4,7$ баллов. При этом тяжесть во многом обуславливалась наличием суицидального поведения. При анализе ранговой корреляции удалось выявить статистически значимую ($p < 0,05$) корреляционную связь между общей тяжестью психического состояния и тяжестью соматического состояния вследствие совершенной суицидной попытки. Однако сама связь, согласно критерию Чеддока, была расценена как очень слабая ($r = 0,278$). По всей видимости, выбор способа суицида и тяжесть самоповреждений определяются не только клиническими и уровневными характеристиками психического расстройства, но и личностными, социокультуральными, а также гендерными факторами, отмечаемыми в научной литературе [1, 3].

Структура неотложной медицинской помощи, оказанной обследованным пациентам вследствие совершенных суицидных попыток, представлена в таблице 3. Данные, приведенные в таблице, позволяют судить о том, что в 100 % случаев обследованные пациенты нуждались в неотложной психиатрической помощи. В структуре неотложной специализированной помощи соматического профиля преобладали виды помощи токсикологического, хирургического и травматического профиля. В 15 наблюдениях (13,8 %) пациенты нуждались в неотложной помощи сразу нескольких профилей.

Таблица 3

Структура неотложной медицинской помощи, оказанной обследованным пациентам и число пациентов, охваченных специализированной помощью (по видам)

Виды специализированной помощи	Абс.	%
Психиатрическая помощь	109	100
Наркологическая помощь	9	8,3
Травматологическая помощь	40	36,7
Токсикологическая помощь	37	33,9
Реанимационные мероприятия	14	12,8
Помощь по абдоминальной хирургии	3	2,8
Помощь по торакальной хирургии	2	1,8
Нейрохирургическая помощь	9	8,3

Виды специализированной помощи	Абс.	%
Помощь по челюстно-лицевой хирургии	2	1,8
Неотложная трансфузионная терапия	2	1,8
Неврологическая помощь	8	7,3
Диетологическая помощь	1	0,9

Наличие коморбидного статуса у пациентов с суицидальным поведением в постсуицидный период определяло необходимость многопрофильного подхода к лечению. В связи с этим у 76 обследованных пациентов (69,7 %) первый этап оказания медицинской помощи проходил в условиях соматопсихиатрического отделения. При этом объем психиатрической помощи определялся структурой ведущего синдрома и лимитировался тяжестью соматического состояния. Последний фактор, к примеру, определял ограниченность применения препаратов из группы антидепрессантов на данном этапе. Исключение составляли антидепрессанты с низким риском возникновения побочных эффектов в соматической сфере (Миансерин), назначение которых осуществлялось в малых дозах. Основу фармакотерапии составляли препараты бензодиазепиновой группы, а также нейролептики с низким профилем токсичности (Хлорпротиксен, Кветиапин). Ноотропная и метаболическая терапия, напротив, применялась в высоких дозировках, в сочетании с инфузионной терапией. Возможность проведения психотерапии на начальном этапе была также снижена из-за условий пребывания пациента в многоместной палате и наличия строгого постельного режима. Кроме того, выраженная соматогенная астенизация обуславливала функциональное ослабление мнестических процессов, что снижало эффективность закрепления психотерапевтических установок. Предпочтение на данном этапе отдавалось методикам рациональной психотерапии, направленной на формирование критично-негативного отношения к совершенной суицидной попытке. Врачи соответствующих специальностей (хирурги, терапевты, токсикологи и др.) осуществляли сопровождение и консультирование пациентов в зависимости от характера телесных повреждений или особенностей коморбидной соматической патологии.

Значительная часть госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение пациентов (58 человек – 76,3 %) была выписана под амбулаторное наблюдение психиатра по месту жительства. Необходимость перевода в психиатрические стационары возникла в 16 случаях (21,1 %), критерием перевода служила редукция соматической патологии. В 2 наблюдениях (2,6 %) пациентов переводили в соответствующее профильное соматиче-

ское отделение, критерием перевода служила редукция психической патологии.

Часть пациентов, 18 человек (16,5 %), проходили лечение в токсикологическом отделении и были выписаны домой вследствие быстрой редукции психической симптоматики и устранения признаков интоксикации. Данную категорию, как правило, составляли больные, совершившие суицидную попытку отравления на фоне кратковременной аффективной реакции, отягощенной в 9,2 % наблюдений алкогольным опьянением. У 15 пациентов (13,8 %) незначительный характер телесных самоповреждений позволял проводить лечение непосредственно в условиях психиатрического стационара.

Заключение

В данном исследовании впервые проведен анализ лечения психических расстройств, осложненных суицидным поведением, с позиций коморбидного подхода. Анализ результатов исследования показывает такие особенности популяции пациентов с коморбидной патологией вследствие суицидной попытки, как: широкий спектр психических расстройств с четко очерченной синдромальной структурой, сочетающейся с суицидальным поведением; многомерный характер формирования суицидального поведения, исход которого зависит не только от характера психической патологии, но и других социокультуральных и гендерных факторов; полиморбидный характер повреждений вследствие совершённых суицидов; широкий спектр специализированной неотложной помощи, в которой нуждаются пациенты данной категории. Лечение пациентов с психосоматической коморбидностью, сформировавшейся вследствие суицидального поведения, определяется взаимным патопластическим влиянием патологии в психической и соматической сферах и имеет ряд особенностей, обусловленных как соматической ослабленностью, так и условиями пребывания в отделениях соответствующего профиля. Наиболее оптимальной представляется тактика лечения, построенная на объединении специалистов, соответствующих профилю сформировавшейся коморбидной патологии. В рамках такого объединения лечащим врачом является специалист того профиля, который определяет тяжесть состояния пациента на текущий момент (психическое расстройство или соматическая патология). Остальные специалисты выполняют функцию сопровождения и консультирования. При изменении клинического состояния больного, в рамках такой схемы возможна быстрая передача больного на курацию специалисту соответствующего профиля.

Литература

1. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 55–59.
2. Горбунова Н.А. О кратковременных формах психогенных расстройств у больных суицидальным поведением в практике скорой медицинской помощи // Психическое здоровье населения России. – М.-Ижевск, 1994. – С. 105–108.
3. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского». – 2010. – 232 с.
4. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин // Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2019. – С. 262–287.
5. Федеральная служба государственной статистики (территориальный орган по Воронежской области) [Электронный источник]. URL: <https://voronezhstat.gks.ru/news/document/98165> (дата обращения: 18.06.2021).
6. Hoyer E.H., Olesen A.V., Mortensen P.B. Suicide risk in patients hospitalized because of an affective disorder: a follow-up study, 1973–1993 // J. Affect. Disord. – 2004. – Vol. 78. – P. 209–217.
7. Kryszynska K. Post-Traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Kryszynska, D. Lester // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14. – P. 1–23.
8. The Global Assessment of Functioning Scale // Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4-th edn. (DSM IV) 1994, American Psychiatric Association Washington, DC.
9. World Health Organization. WHO MiND bank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; [2020 09 03]. URL: <http://www.mindbank.info> (дата обращения: 29.06.2021).

Поступила 26.08.2021

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

Для цитирования. Краснов А.А., Синенченко А.Г., Рутковская Н.С. Анализ многопрофильного подхода к лечению психических расстройств, осложненных суицидной попыткой // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 24–33.

ANALYSIS OF THE MULTIDISCIPLINE APPROACH TO THE TREATMENT OF MENTAL DISORDERS COMPLICATED BY SUICIDAL ATTEMPT

Krasnov A.A.¹ Sinenchenko A.G.², Rutkovskaya N.S.¹

¹ Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, Russia);
² St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after
I.I. Dzhanlidze (Budapeshtskaya Str. 3, letter A, St. Petersburg, Russia).

✉ Alexey Alexandrovich Krasnov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: dr.krasnov_28@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8732-6390, eLibrary SPIN: 6682-9066;

Andrey Georgievich Sinenchenko – PhD Med. Sci., St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after I.I. Dzhanlidze, (Budapeshtskaya Str., 3, letter A, St. Petersburg, 192242, Russia); e-mail: andreysin2013@yandex.ru;

Natalya Sergeevna Rutkovskaya – lecturer, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

Abstract. The article presents an analysis of the multidisciplinary medical care to patients who have made a suicide attempt. A total of 109 patients with mental disorders complicated by suicide attempts were examined. The average age of the surveyed was 37.8 ± 19.5 years (38 men, 42 women). The nature of suicide attempts, the severity of the general condition and the severity of the generalized mental state (according to the GAF scale), the structure of comorbidity of mental and somatic pathology were assessed. A wide range of mental pathology which complicated by suicidal attempts, was revealed, included the main diagnostic categories of ICD-10, regardless of the while mental disorder nature, exacted syndromes structure of the clinical picture was noted with a predominance of depressive (48.6 %) and anxiety-depressive (29.3 %) syndromes. The average value of the severity of the mental state on the GAF scale was 14.8 ± 4.7 points, while a very weak ($r = 0.278$) statistically significant ($p < 0.05$) correlation was found between the overall severity of the mental state and the severity of the somatic state due to perfect suicide attempt. The features of psychosomatic comorbidity, which determine the nature of suicidal behavior, the volume of psychiatric care and the tactics of managing patients of this category in a hospital setting, have been revealed.

Keywords: mental disorders, suicidal behavior, comorbid conditions.

References

1. Bohan N.A., Stojanova I.Ja., Schastny, E.D., Korolev A.A. Patopsichologicheskie karakteristiki pacientov s dvojnym diagnozom v kontekste suicidalnogo povedenija [Patopsychological characteristics of patients with a double diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014. Vol. 5, N 2 (15). Pp. 55–59. (In Russ.)
2. Gorbunova, N.A. O kratkovremennyh formah psihogennyh rasstrojstv u bolnyh suicidalnym povedeniem v praktike skoroj medicinskoj pomoshhi [On short-term forms of psychogenic disorders in patients with suicidal behavior in the practice of emergency medical care]. *Psihicheskoe zdorov'e naselenija Rossii* [Mental health of the Russian population]. Moskva–Izhevsk. 1994. Pp. 105–108. (In Russ.)

3. Polozhij B.S. Suicidalnoe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i jetnokul'turalnye aspekty) [Suicidal behavior (clinical-epidemiological and ethnocultural aspects)]. Moskva. 2010. 232 p. (In Russ.)

4. Polozhij B.S., Vasilev V.V. Suicidalnoe povedenie zhenshhin [Suicidal behavior of women]. Nacionalnoe rukovodstvo po suikidologii [National Guide to Suicidology/ed. B.S. Posozhego]. Ed. : B.S. Polozhego. Mpskva. 2019. Pp. 262–287. (In Russ.)

5. Federalnaja sluzhba gosudarstvennoj statistiki (territorial'nyj organ po Voronezhskoj oblasti) [Federal State Statistics Service (territorial body for the Voronezh region)]. URL: <https://voronezhstat.gks.ru/news/document/98165> (In Russ.)

6. Hoyer E.H., Olesen A.V., Mortensen P.B. Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973–1993. *J. Affect. Disord.* 2004. Vol. 78. Pp. 209–217.

7. Krysinska K., Lester D. Post-Traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch. SuicideRes.* 2010. Vol. 14. Pp. 1–23.

8. The Global Assessment of Functioning Scale // Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4-th edn. (DSM IV) 1994, American Psychiatric Association Washington. DC.

9. World Health Organization. WHO MiND bank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; [2020 09 03]. URL: <http://www.mindbank.info>.

Received 26.08.2021

For citing. Krasnov A.A., Sinenchenko A.G., Rutkovskaya N.S. Analiz mnogoprofilnogo podhoda k lecheniyu psihicheskikh rasstrojstv, oslozhnennyh suikidnoj popytkoj // *Vestnik psikhoterapii.* 2021. № 79. Pp. 24–33. **(In Russ.)**

Krasnov A.A., Sinenchenko A.G., Rutkovskaya N.S. Analysis of the multidiscipline approach to the treatment of mental disorders complicated by suicidal attempt. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2021. № 79. Pp. 24–33.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АППЕРЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Целью исследования было определение взаимосвязи параметров социальной апперцепции и саморегуляции у больных шизофренией с разным уровнем социальной адаптации. В Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва) обследовали 71 мужчину с диагнозом «Шизофрения», из которых 33 совершили общественно опасные действия, то есть обладали наиболее высоким уровнем социальной дезадаптации. В группу сравнения вошли 20 мужчин без психических расстройств, не привлекавшиеся к уголовной ответственности. Оценка особенностей социальной апперцепции, саморегуляции и их нарушений проводилась с помощью комплекса психометрических и полупроективных методик. Выделены нарушения социальной апперцепции у больных шизофренией с нормативным и криминальным поведением, а также исследована связь между социальной апперцепцией и саморегуляцией у больных шизофренией и здоровых лиц. У больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, выявлено наибольшее количество взаимосвязей между нарушениями социальной апперцепции и параметрами саморегуляции. Выделены компоненты социальной апперцепции, значимые для прогнозирования совершения общественно опасных действий больными шизофренией. Показано, что наибольший вклад в отнесение больных шизофренией к группе лиц с криминальным поведением вносят излишняя детализация ситуационного контекста, привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации при перцептивных помехах, продуцирование агрессивных альтернатив при информировании о дефиците.

Ключевые слова: социальная апперцепция, саморегуляция, шизофрения, ОД, адаптация.

✉ Лысенко Надежда Евгеньевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: nlysenko@yandex.ru;

Пеева Олеся Дмитриевна – лаборант-исследователь лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: oleya.peeva@mail.ru.

Введение

Значимость проблемы социальной дезадаптации больных шизофренией обусловлена не только высокой распространенностью этого заболевания в общей популяции (0,8–1,0 %), но и ее сопряженностью с различными формами отклоняющегося поведения. Одной из крайних форм социальной дезадаптации больных шизофренией является совершение ими общественно опасных действий (ООД). По данным ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского», на 1000 зарегистрированных психически больных приходится 8,8 больных шизофренией, признанных невменяемыми в отношении совершенных ими ООД; из общего числа психически больных, совершивших тяжкие правонарушения, признанных невменяемыми, почти половину (45,2 %) составляют больные шизофренией [4].

У больных шизофренией уже в первые годы заболевания отмечается снижение межличностного взаимодействия, интереса к жизни, прежним увлечениям и новой деятельности. Происходит снижение личностного ресурса, что препятствует успешной социальной адаптации [8]. На данный момент зарубежные психиатры рассматривают социальную дезадаптацию как диагностический критерий шизофрении [9].

Исследования показали, что на уровень социальной адаптации больных шизофренией влияют особенности течения заболевания и клинические проявления болезни, терапия, внутренние ресурсы больного, социальное окружение. Негативная симптоматика оказывает более выраженное воздействие на процесс социальной дезадаптации. У таких больных наблюдаются снижение социального функционирования, критичности к своему состоянию, искажение оценки отношения к ним со стороны других людей. При преобладании продуктивной симптоматики в общей картине заболевания отмечается более высокий уровень депрессии, социальной отстранённости, необычности содержания мыслей, бреда и галлюцинаций, повышенный уровень агрессии, сниженный самоконтроль; эмоциональные и поведенческие реакции не соответствуют контексту ситуации [7].

Важным фактором, оказывающим влияние на снижение социальной адаптации, являются нарушения саморегуляции, сопряженные с проблемами в социальном взаимодействии и интерпретации ситуации [2, 3].

Нарушение социального познания (в частности, социальной апперцепции) оказывается значимым фактором социальной дезадаптации [6]. Известно, что психически здоровые люди с высоким уровнем индивидуально-личностного и межличностного эмоционального интеллекта обладают высоким уровнем адаптации [1]. Для больных шизофренией соци-

альные стимулы часто оказываются неясными и двусмысленными, а социальные ситуации, межличностные отношения, чувства и эмоции воспринимаются и интерпретируются ошибочно. При нарастании негативных симптомов снижается способность к пониманию речи, невербальных средств общения и действий других людей [5, 9].

Таким образом, одной из ключевых причин дезадаптивного поведения больных шизофренией является неспособность адекватно понять смысл социальной ситуации и выбрать эффективную стратегию дальнейшего поведения.

В отечественной практике существует дефицит эмпирических исследований, направленных на выделение отдельных компонентов социальной апперцепции, связанных с дезадаптацией больных шизофренией.

В связи с этим целью исследования стало изучение взаимосвязи параметров социальной апперцепции и саморегуляции у больных шизофренией с разным уровнем социальной адаптации.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 91 человек. Основную группу составили мужчины с диагнозом «шизофрения» в возрасте от 15 до 62 лет, из них 54% (n = 38) – лица с нормативным поведением, 46% (n = 33) – совершившие общественно опасные деяния. Группа сравнения состояла из 20 мужчин в возрасте от 19 до 59 лет, не судимых и не страдавших психическим расстройством.

Для оценки социальной апперцепции, саморегуляции и их нарушений использовался следующий диагностический комплекс.

1. Полупроективная методика «Ситуационный анализ» (Булыгина В.Г., 2017), направленная на изучение особенностей восприятия и анализа информационно насыщенных/достаточных/избыточных ситуаций с условиями зашумления, противоречия или эмоциональной насыщенности. Методика состоит из 12 изображений ситуаций социального взаимодействия, которые различаются количеством людей, зашумленностью, эмоциями и наличием противоречия в ситуации.

Качественная оценка ответов проводилась по следующим характеристикам: полнота и детализация ситуации, привнесение личностного смысла, количество предложенных вариантов дальнейшего развития событий, наличие агрессивных вариантов, распознавание эмоций изображенных людей.

2. Проективная методика изучения социальной апперцепции (Белякова М.Ю., Булыгина В.Г., 2011), направленная на изучение когнитивных подпроцессов операционально-технического уровня саморегуляции. Данная методика состоит из 22 изображений ситуаций, относящихся к социально-бытовому, криминальному, связанному с болезнью контексту. Исход каждой ситуации неоднозначен. Ситуации представлены в виде картинок, люди на которых изображены без прорисовки лиц, для придания неопределенности ситуации. Каждое изображение последовательно описывалось участниками исследования, исходя из следующих вопросов: что происходит на картинке, как будет развиваться ситуация, как бы вы поступили в данной ситуации, какие эмоции испытывают участники ситуации.

Качественная оценка ответов проводилась по следующим характеристикам: адекватность интерпретации, полнота описания, детализация описания, привнесение личного смысла, количество альтернатив дальнейшего развития, адекватность и социальная приемлемость альтернатив, наличие агрессивных альтернатив, конструктивность решения ситуации, идентификация с жертвой/ агрессором/ нейтральным персонажем, распознавание эмоций.

3. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И., 1999), направленный на выявление уровня осознанной саморегуляции поведения и индивидуального профиля саморегуляции, включающего: планирование, моделирование, программирование, оценку результатов, гибкость, самостоятельность.

4. Опросник диагностики самоконтроля (Грасмик Г., в адаптации Булыгиной В.Г., Абдраязковой А.М., 2010), направленный на определение уровня самоконтроля, включающего: импульсивность, предпочтение простых задач, стремление к риску, физическую активность, эгоцентризм, несдержанность.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием SPSS Version 17.0. Для выявления особенностей социальной апперцепции у больных шизофренией с учетом фактора криминализации использовались дескриптивные статистики и непараметрический метод сравнения групп U Манна–Уитни. Для оценки взаимосвязи между показателями социальной апперцепции, самоконтроля и саморегуляции у больных шизофренией с разным уровнем социальной адаптированности и здоровых лиц был проведен корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена). Для определения вклада нарушений социальной апперцепции в социальную дезадаптированность больных шизофренией был проведен дис-

криминантный анализ. Для сравнения социально-демографических характеристик обследованных групп использовался критерий согласия распределения Хи-квадрат. Критерием статистической достоверности полученных выводов являлась величина $p \leq 0,05$.

Результаты

При анализе социально-демографических характеристик выборки с помощью критерия Хи-квадрат были выявлены значимые различия между распределениями психически здоровых обследуемых и больных шизофренией по образованию ($p = 0,01$), трудоспособности ($p = 0,00$), трудовому стажу ($p = 0,01$), семейному положению ($p = 0,00$) (табл. 1). Также установлены различия между распределениями больных шизофренией с нормативным поведением и совершивших ООД ($p = 0,01$).

Таблица 1

Распределение обследуемых лиц по нозологической принадлежности и социально-демографическим показателям, %

Социально-демографические характеристики		Группа условной нормы	Группа больных шизофренией с нормативным поведением	Группа больных шизофренией, совершивших ООД
Образование	Высшее	60	24	15
	Незаконченное высшее	25	8	12
	Среднее специальное	10	32	27
	Полное среднее	5	26	24
	Неполное среднее	-	10	21
Трудовой стаж	Более 10 лет	40	17	35
	0,5-10 лет	55	28	65
	Отсутствует	5	55	-
Семейное положение	Холост	25	89	90
	Состоит в браке/сожительстве	75	11	10

С помощью U критерия Манна–Уитни были выделены особенности социальной апперцепции и ситуационного анализа у больных шизофренией с нормативным и общественно опасным поведением. Группу больных шизофренией с нормативным поведением отличает ориентация на основной смысл ситуации ($< 0,001$) и склонность к привнесению личностного

смысла в ее интерпретацию ($< 0,001$). Также, обследованные представители данной группы чаще предлагали социально-приемлемые альтернативы ($< 0,001$), при этом агрессивные и неагрессивные альтернативы развития ситуации проявлялись в равном соотношении ($< 0,001$). Более того, представители данной группы значимо чаще предлагали нейтральные ($< 0,01$) и конструктивные ($< 0,001$) решения проблемной ситуации. Несмотря на это, больные шизофренией с нормативным поведением значимо чаще испытывали трудности распознавания эмоций участников ситуации ($< 0,001$). Помимо этого, было выявлено, что при информационном дефиците, перцептивной «зашумленности» изображения, противоречивости и эмоциональной насыщенности ситуации больные шизофренией с нормативным поведением чаще предлагали социально-приемлемые варианты развития событий ($< 0,05$). При информационной достаточности и зашумленности больные продуцировали большее количество альтернатив дальнейших действий участников социального взаимодействия ($< 0,05$). Однако, при перцептивной «зашумленности» изображенных на стимульном материале ситуаций, у представителей данной группы отмечалось более частое продуцирование агрессивных вариантов развития событий ($< 0,05$). Больные шизофренией с нормативным поведением значимо чаще приносили личностный смысл в интерпретацию контекста при противоречивой ситуации, информационном избытке и зашумлении ($< 0,05$).

Группу больных шизофренией, совершивших ООД, отличает непонимание ситуационного контекста ($p < 0,001$), описание преимущественно фактической стороны ситуации ($p < 0,001$), склонность к детализации ($p < 0,05$) и оценочным суждениям ($p < 0,001$). К тому же, представители данной группы чаще предлагали неадекватные варианты развития событий ($< 0,001$) и идентифицировали себя с жертвой в ситуации социального взаимодействия ($< 0,001$). Больные шизофренией, совершившие ООД, не могли предложить решение проблемной ситуации ($< 0,01$) и прогнозировать варианты ее развития ($< 0,001$). При этом их отличает более развитая способность к распознаванию модальности эмоций участников социального взаимодействия ($< 0,001$). Помимо этого, больные шизофренией, совершившие ООД, адекватно интерпретируют ситуацию при перцептивном «зашумлении» ($< 0,01$) и избытке информации ($< 0,05$).

С помощью корреляционного анализа были проанализированы взаимосвязи между показателями социальной апперцепции, самоконтроля и саморегуляции у психически здоровых лиц, больных шизофренией с нормативным поведением и больных шизофренией, совершивших ООД.

В группе психически здоровых лиц с нормативным поведением непонимание ситуационного контекста взаимосвязано с недостаточной способностью к моделированию значимых условий деятельности ($r = -0,70$, $p < 0,01$), а продуцирование агрессивных альтернатив развития ситуации – со способностью к программированию дальнейших действий ($r = 0,61$, $p < 0,01$) и общим уровнем саморегуляции ($r = 0,63$, $p < 0,01$).

У больных шизофренией с нормативным поведением продуцирование равного соотношения агрессивных и неагрессивных альтернатив развития ситуации связано с предпочтением простых задач ($r = 0,66$, $p < 0,01$), продуцирование социально-неприемлемых альтернатив – с высоким эгоцентризмом ($r = -0,65$, $p < 0,01$) и склонностью к риску ($r = -0,59$, $p < 0,05$), а нейтральные решения проблемной ситуации – со способностью к планированию деятельности ($r = 0,64$, $p < 0,01$).

В группе больных шизофренией, совершивших ООД, возможность описания основного смысла ситуации взаимосвязана со способностью корректировать систему саморегуляции ($r = 0,74$, $p < 0,01$), детализация ситуационного контекста – со способностью к планированию ($r = 0,83$, $p < 0,01$) и предпочтением простых задач ($r = 0,63$, $p < 0,01$). Продуцирование агрессивных альтернатив развития ситуации у представителей данной группы сопряжено со способностью к планированию деятельности ($r = 0,73$, $p < 0,01$) и со способностью корректировать систему саморегуляции ($r = 0,70$, $p < 0,01$). Продуцирование неадекватных альтернатив развития ситуации взаимосвязано с трудностями коррекции поведения ($r = -0,74$, $p < 0,01$) и низкой способностью к моделированию значимых условий достижения целей ($r = -0,52$, $p < 0,05$). Продуцирование социально-неприемлемых альтернатив развития ситуации сопряжено с общим уровнем саморегуляции ($r = 0,64$, $p < 0,01$), а продуцирование социально-приемлемых альтернатив развития ситуации – с низкой способностью к планированию деятельности ($r = -0,75$, $p < 0,01$), дефицитностью коррекционной составляющей системы саморегуляции ($r = -0,65$, $p < 0,01$) и низким общим уровнем саморегуляции ($r = -0,67$, $p < 0,01$). Помимо этого, в группе больных шизофренией, совершивших ООД, эгоцентризм связан с низкой способностью к идентификации эмоций участников социального взаимодействия ($r = -0,61$, $p < 0,01$) и дефицитом конструктивных решений проблемных ситуаций ($r = -0,77$, $p < 0,01$).

Далее в группах лиц, страдающих шизофренией, был проведен дискриминантный анализ для выделения переменных социальной апперцепции, значимых для прогноза совершения общественно опасных действий.

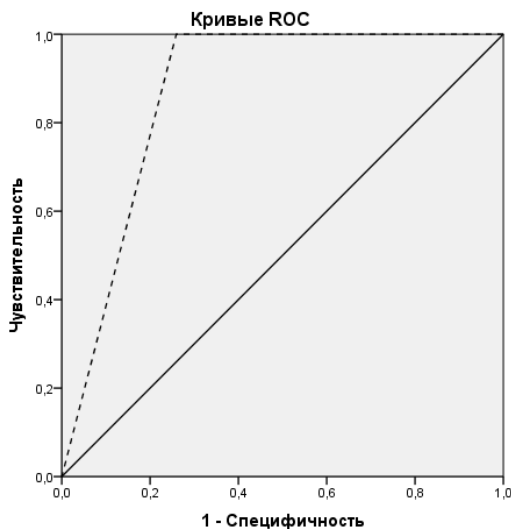
С помощью шагового отбора была выделена одна дискриминантная функция, которая объясняет 100 % дисперсии данных (Wilks' Lambda = 0,09; $\chi^2 = 112,87$; знч. = 0,00).

По результатам дискриминантного анализа наиболее значимыми переменными для отнесения к группе лиц, страдающих шизофренией, совершивших ООД, являются: детализация описания ситуации при информационной достаточности в условиях зашумления, низкая полнота описания ситуации при информационном избытке в условиях зашумления, адекватность интерпретации ситуации в условиях информационной достаточности, привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации в условиях зашумления, дефицит распознавания эмоций участников ситуации при информационном избытке в условиях эмоциональной насыщенности, низкая социальная приемлемость предложенных вариантов развития в противоречивой ситуации, наличие агрессивных вариантов развития ситуации при информационном дефиците в сочетании с низким количеством агрессивных вариантов поведения в условиях информационной достаточности, а также недостаточная способность распознавания противоречивости ситуации при информационном избытке (табл. 2).

Таблица 2
Результаты дискриминантного анализа переменных, влияющих на совершение ООД

Переменные	Нормированные коэффициенты канонической дискриминантной функции
Детализация описания ситуации (ситуация информационной достаточности в условиях зашумления)	2,650
Полнота описания ситуации (ситуация информационного избытка в условиях зашумления)	-1,889
Адекватность интерпретации ситуации (ситуация информационной достаточности)	1,482
Наличие агрессивных вариантов развития ситуации (ситуация информационной достаточности)	-1,256
Привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации (ситуация информационной достаточности в условиях зашумления)	1,127
Распознавание эмоций участников ситуации (ситуация информационного избытка в условиях эмоциональной насыщенности)	-0,872
Социальная приемлемость предложенных вариантов развития ситуации (ситуация информационной достаточности в условиях противоречия)	-0,856
Противоречие (ситуация информационного избытка)	-0,594
Наличие агрессивных вариантов развития ситуации (ситуация информационного дефицита)	0,566

Для оценки качества дискриминантной модели была построена ROC-кривая, которая обладает достаточно высокой прогнозной ценностью (AUC = 0,87) (рис.).



ROC-кривая модели прогнозирования совершения ООД
больными шизофренией

Заключение

В исследовании были выделены особенности нарушения социальной апперцепции у больных шизофренией с разным уровнем социальной адаптации. Больным шизофренией с нормативным поведением свойственны развитая способность к пониманию контекста ситуации в сочетании с тенденцией к привнесению личного смысла в ее интерпретацию. Они проявляют достаточную способность к прогнозированию ситуации межличностного взаимодействия, а при информационном дефиците и противоречивости контекста предлагают социально-приемлемые альтернативы. Вместе с тем, они испытывают трудности распознавания эмоций участников взаимодействия, чаще выбирают агрессивные варианты развития ситуации при перцептивных помехах. У больных шизофренией, совершивших ООД, достаточная способность распознавать модальность эмоций других людей сочетается с трудностью понимания ситуационного контекста и сопровождается оценочностью суждений, дефицитом представлений

о вариантах развития событий и продуцированием неадекватных альтернатив развития ситуации.

При исследовании связи между социальной апперцепцией и саморегуляцией в группах психически здоровых лиц и больных шизофренией было обнаружено, что у представителей группы условной нормы недопонимание смысла ситуации связано с низкой способностью к моделированию значимых условий ситуации, а продуцирование агрессивных альтернатив сопряжено с высокой способностью к программированию действий и высокой саморегуляцией. У больных шизофренией с нормативным поведением выдвижение социально-приемлемых альтернатив развития ситуаций взаимосвязано с низким уровнем планирования и гибкости. Нейтральные решения проблемной ситуации связаны с высокой способностью к планированию. Вместе с тем высокий эгоцентризм и склонность к риску связаны с продуцированием социально-неприемлемых альтернатив, а предпочтение простых задач ассоциируется с продуцированием равного соотношения агрессивных и неагрессивных альтернатив развития ситуации. У больных шизофренией, совершивших ООД, продуцирование неадекватных альтернатив развития ситуации взаимосвязано с низкой способностью к моделированию и коррекции системы саморегуляции. Эгоцентризм связан с недостаточной способностью к идентификации эмоций участников социального взаимодействия и дефицитом конструктивных решений проблемных ситуаций.

Были выделены переменные социальной апперцепции, которые значимы для оценки риска криминализации у больных шизофренией. К ним относятся: излишняя детализация ситуационного контекста, низкая полнота описания ситуации при информационном избытке, привнесение личного смысла в интерпретацию ситуации при перцептивных помехах, адекватная интерпретация ситуации в условиях информационной достаточности, сложность распознавания эмоций участников ситуации в эмоционально насыщенных условиях, отсутствие агрессивных альтернатив в случае информационной достаточности и присутствие таковых при информационном дефиците, а также недостаточная способность различать противоречивость ситуаций и низкая социальная приемлемость вариантов развития событий в противоречивых ситуациях.

Полученные данные дополняют представления о взаимосвязи параметров социальной апперцепции и саморегуляции у больных шизофренией с разным уровнем адаптации. Показано, что у больных шизофренией с достаточным уровнем адаптации, то есть не совершавших ООД, имеются

специфические взаимосвязи параметров социальной апперцепции и самоконтроля, которые могут быть значимы для повышения вероятности выбора агрессивных форм поведения в условиях перцептивного дефицита. Выявлено, что при увеличении глубины дезадаптации у больных шизофренией, которая связана с совершением ООД, нарушения социальной апперцепции более выражены и сопровождаются снижением таких параметров саморегуляции, как способность к моделированию и коррекции поведения. Выявлены компоненты социальной апперцепции, значимые для прогнозирования риска совершения ООД больными шизофренией. Выделенные параметры социальной дезадаптации больных шизофренией позволяют разработать практические рекомендации по совершенствованию программ психологической профилактики и реабилитации.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 2017. – 364 с.
2. Белякова М.Ю., Булыгина В.Г., Токарева Г.М. Социально-психологические и патопсихологические факторы риска совершения повторно опасных деяний у лиц с негативно-личностными расстройствами [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2015. – Т. 5, № 1. – С. 1–14. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2015/n1/76141.shtml> (дата обращения: 24.08.2021).
3. Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б. Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов психики у больных параноидной шизофренией. Сообщение 2 [Электронный ресурс] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – Т. 3, № 4 (2). – С. 60–67. URL: <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-60-67> (дата обращения: 24.08.2021).
4. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2017 году: аналитический обзор. Вып. 26. / Под. ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 200 с.
5. Рычкова О.В. Нарушение социального интеллекта у больных шизофренией : дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2014. – 475 с.
6. Руденко С.Л., Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 27–33.
7. Швец К.Н., Руженков В.А. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. DOI: 10.17513/spno.29898.
8. Швец К.Н., Хамская И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – № 5 (2). – С. 72–85. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8.

9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DCM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

10. Penn D. [et al.] Social perception in schizophrenia: the role of context // Psychiatry Research. 2002 Mar 15;109(2):149-59. doi: 10.1016/s0165-1781(02)00004-5. PMID: 11927140.

Поступила 08.09.2021

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

Для цитирования. Лысенко Н.Е., Пеева О.Д. Нарушения социальной апперцепции у больных шизофренией // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 34–47.

VIOLATIONS OF SOCIAL APPERCEPTION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Lysenko N.E., Peeva O.D.

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(Kropotkinsky lane, 23, Moscow, Russia)

✉ Nadezhda Evgenievna Lysenko – PhD Psychol. Sci., medical psychologist, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: nlysenko@yandex.ru;

Olesya Dmitrievna Peeva – laboratory assistant-researcher, the Laboratory of the psychohygiene and psychoprevention, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: olesya.peeva@mail.ru.

Abstract. The purpose of the study was to determine the relationship between the parameters of social apperception and self-regulation in patients with schizophrenia with different levels of social adaptation. The V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology (Moscow) examined 71 men with a diagnosis of "Schizophrenia", of whom 33 committed socially dangerous actions, that is, they had the highest level of social maladaptation. The comparison group included 20 men without mental disorders who were not brought to criminal responsibility. The assessment of the features of social apperception, self-regulation and their violations was carried out using a complex of psychometric and semi-selective methods. Violations of social apperception in schizophrenic patients with normative and criminal behavior are identified, and the relationship between social apperception and self-regulation in schizophrenic patients and healthy individuals is also investigated. In patients with schizophrenia who have committed socially dangerous acts, a greater number of relationships between violations of social apperception and self-regulation pa-

rameters were revealed. The components of social apperception that are significant for predicting the commission of socially dangerous actions by patients with schizophrenia are highlighted. It is shown that the greatest contribution to the attribution of schizophrenia patients to the group of persons with criminal behavior is made by excessive detailing of the situational context, introducing personal meaning into the interpretation of the situation with perceptual interference, producing aggressive alternatives with an information deficit.

Keywords: social apperception, self-regulation, schizophrenia, adaptation, socially dangerous actions

References

1. Andreeva G.M. Socialnaya psihologiya [Social psychology]. Moskva. 2017. 364 p. (In Russ.)

2. Belyakova M.Yu., Bulygina V.G., Tokareva G.M. Socialno-psihologicheskie i patopsihologicheskie faktory riska soversheniya povtornyh obshchestvenno opasnyh deyanij u lic s negativno-lichnostnymi rasstrojstvami [Sociopsychological and pathopsychological factors of risk of reoffending among mentally ill with negative personality disorders]. *Psihologiya i parvo* [Psychology and law]. 2015. Vol. 5, N 1. Pp. 1–14. (In Russ.)

3. Kudryashova V.Yu., Lutova N.B. Samoregulyaciya povedeniya kak odin iz adaptacionno-kompensatornyh mekhanizmov psihiki u bol'nyh paranoidnoj shizofreniej. Soobshchenie 2 [Self-regulation of behavior as one of the adaptation-compensatory mechanisms of the psyche in patients with paranoid schizophrenia. Article 2]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii* [Review of psychiatry and medical psychology]. 2019. Vol. 3, N 4 (2). Pp. 60–67. (In Russ.)

4. Osnovnyye pokazately deyatelnosti sudebno-psihiatricheskoj jekspertnoj sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2017 g.: Analiticheskij obzor [Performance indicators of forensic psychiatric expert service in the Russian Federation in 2017: Analytical Review]. Ed. : Makushkin E.V. Moskva. 2018, issue 26, 200 p. (In Russ.)

5. Rychkova O.V. Narushenie social'nogo intellekta u bol'nyh shizofreniej [Impaired social intelligence in schizophrenia patients] : Dis. ... Dr. Psihol. Sci. Moskva. 2014. 475 p. (In Russ.)

6. Rudenko S.L., Rychkova O.V. Narusheniya social'nogo intellekta i social'nogo funkcionirovaniya pri shizofrenii [Disordered social intelligence and social functioning in schizophrenia]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2013. Vol. 23. N 1. Pp. 27–33. (In Russ.)

7. Shvec K.N., Ruzhenkov V.A. Faktory socialnoj dezadaptacii bol'nyh shizofreniej, perenesshih pervyj psihoticheskij epizod [The factors of socio-environmental adaptation of thr patients with schizophrenia after the first psychotic episode]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2020. N 3. DOI: 10.17513/spno.29898 (In Russ.)

8. Shvec K.N., Hamskaya I.S. Faktory socialnoj dezadaptacii bol'nyh shizofreniej i podhody k psihosocialnoj terapii i rehabilitacii (obzor) [Factors of social disadaptation of patients with schizophrenia and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review)]. *Nauchnye rezultaty biomedicinskih issledovanij* [Scientific results of biomedical research]. 2019. N 5 (2). Pp. 72–85. (In Russ.)

9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DCM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

10. Penn D. [et al.] Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*. 2002 Mar 15; 109(2):149-59. doi: 10.1016/s0165-1781(02)00004-5. PMID: 11927140.

Received 08.09.2021

For citing. Lysenko N.E., Peeva O.D. Narusheniya socialnoj appercepcii u bolnyh shizofreniej. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 34–47. **(In Russ.)**

Lysenko N.E., Peeva O.D. Violations of social apperception in patients with schizophrenia. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 34–47.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.923.2 : 364.272

О.В. Голубь¹, Т.С. Тимофеева¹,
О.Д. Пирогова², М.Е. Волчанский³

ОСОБЕННОСТИ Я-КОНЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

¹ Волгоградский государственный университет
(Россия, Волгоград, пр. Университетский, д. 100);

² Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9);

³ Волгоградский государственный медицинский университет
(Россия, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1).

Предметом исследования выступают особенности Я-концепции у людей, страдающих наркотической зависимостью. Целью работы было выявить особенности Я-концепции у людей, страдающих наркотической зависимостью. Полученные данные сопоставлялись с результатами пациентов с алкогольной зависимостью. Выборку исследования составили пациенты реабилитационных центров в соответствии с поставленным диагнозом (123 человека с зависимостью от психоактивных веществ МКБ-10: F10-F19 и 135 – с зависимостью от алкоголя). Для анализа результатов использовались методы математической статистики: Т-критерий Стьюдента, методы описательной статистики. Результаты исследования показали, что люди, страдающие наркотической зависимостью, имеют низкую самооценку, низкий уровень самоотношения и склонность к вынесению самоприговора. При этом люди с наркотической зависимостью видят ценность в сохранении семейных отношений и рассматривают возможность реализации своих планов в будущем. В коммуникации они проявляют амбивалентные тенденции: замкнутость и нерешительность в общении, с одной стороны, и потребность в принятии группой, – с другой. Полученные данные способствуют разви-

Голубь Оксана Викторовна – канд. психол. наук, доц. каф. психологии и педагогики, Волгоградский гос. ун-т (Россия, 400062, Волгоград, пр. Университетский, д. 100), e-mail: golub@volsu.ru;

Тимофеева Татьяна Сергеевна – ст. препод. каф. психологии и педагогики, Волгоградский гос. ун-т (Россия, 400062, Волгоград, пр. Университетский, д. 100), e-mail: timofeeva@volsu.ru;

Пирогова Ольга Дмитриевна – магистрантка 1 курса, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: olga.pirogova.psy@mail.ru;

✉ Волчанский Михаил Евгеньевич – д-р социол. наук, зав. каф. общей и клинич. психологии, Волгоградский гос. мед. ун-т (Россия, 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1), e-mail: volchansky4744@rambler.ru.

тию теоретических знаний в области психологии, психотерапии и психиатрии благодаря более глубокому пониманию личности с наркотической зависимостью. Исследование открывает возможности не только для выбора более эффективных методов оказания помощи людям с имеющейся аддикцией, но и для разработки мер по профилактике формирования аддиктивного поведения через коррекцию самооценки и развитие навыков эффективного общения.

Ключевые слова: аддикция, наркотическая зависимость, алкогольная зависимость, Я-концепция, самоотношение, самооценка.

Благодарности: Авторы благодарят за помощь в сборе данных директора центра социальной адаптации «Вершина-Волгоград» С.Г. Паньшенского и клинического психолога МЦ «Здоровая жизнь» Г.Ф. Тимербулатову.

Введение

В последние годы в России остро стоит вопрос о перспективах лечения людей, страдающих от наркотической зависимости. По данным ООН за последние 20 лет число наркозависимых в России выросло в 10 раз, участились случаи детской и подростковой наркомании [5, 9, 11, 14]. По данным исследований, проводимых отечественными учеными, эффективность лечения находится в пределах 5–15 % от числа больных, которые обратились в специализированные службы помощи [1, 8, 13]. В эти процентные рамки входят люди, преодолевшие годичную полную ремиссию. Лишь 8 % среди больных героиновой наркоманией, госпитализированных научным исследовательским институтом наркологии МЗ России, преодолели одногодичный порог ремиссии. В терапевтической коммуне при пребывании в течение года на добровольной основе ремиссии от 1 года и более добиваются только лишь 15 % наркозависимых [6, 15, 17, 18].

Исследования ряда авторов показывают, что коморбидность аддиктивных расстройств имеет высокий процент – около 60 %, а также отмечается сосуществование у одного пациента аддиктивных и других психических расстройств. Изначально это обсессивно-компульсивные расстройства личности, которые имеют аффективную направленность, органические заболевания головного мозга и др. Всё это воздействует на уровень эффективности диагностики и лечения [3, 4, 12].

В научной литературе существует множество подходов к изучению формирования зависимости от алкоголя и зависимости от психоактивных веществ. Некоторые ученые выделяют социальные, психологические, биологические факторы [7, 16]. Зависимость от психоактивных веществ (далее ПАВ) приводит к глубоким изменениям личности и другим психическим расстройствам, что в свою очередь изменяет структуру Я-концепции, меняет мировосприятие и самоощущение личности. Изучение особенностей

Я-концепции у лиц, страдающих наркотической зависимостью, позволит найти более эффективные методы профилактики, лечения, психологической помощи как лицам с диагнозом, так и людям, имеющим зависимого члена семьи, а также позволит улучшить социализацию личности после реабилитации [10].

Феномен Я-концепции достаточно сложный и включает в себя множество смежных понятий, его широкое изучение привело к пониманию его многозначности и семантической неопределенности. В нашей работе мы опираемся на определение Р.Бернса, который понимает под Я-концепцией собирательный образ для обозначения всей совокупности представлений индивида о себе [2]. Важными аспектами данного феномена могут выступать самоотношение, самооценка, самопринятие, так как они являются компонентами структуры, формирующими целостность личностного Я.

Актуальность исследования особенностей Я-концепции человека с аддиктивным поведением заключается в том, что позволяет раскрыть один из важнейших аспектов на пути к пониманию структуры зависимой личности. Открываются возможности для диагностики и оказания помощи людям, страдающим наркотической и другими видами зависимостей, а также для разработки эффективных мер по профилактике формирования аддиктивного поведения. Понимание Я-концепции и трансформация отдельных ее аспектов в рамках психотерапии может способствовать повышению качества жизни человека с уже имеющейся аддикцией.

Цель исследования – выявить особенности Я-концепции у людей, страдающих наркотической зависимостью.

Объектом исследования выступает Я-концепция как психологический феномен. Предмет исследования – особенности Я-концепции у людей, страдающих наркотической зависимостью и являющихся пациентами реабилитационных центров.

Методы и методики исследования

Для сбора эмпирических данных мы использовали следующие психодиагностические методики: методика «Q-сортировка», автор В. Стефансон (1958 г., адаптирована в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева); тест-опросник самоотношения (ОСО), авторы В.В. Столин, С.Р. Пантелеев (1985 г.); методика исследования самооценки личности, автор С.А. Будасси (1970 г.).

Для анализа результатов использовались следующие методы математической статистики: Т-критерий Стьюдента, методы описательной статистики.

Выборку исследования составили пациенты центров со стажем зависимости не менее 1 года и не более 10 лет, в возрасте от 18 до 50 лет, пол не учитывался. Всего приняли участие 258 человек, из них 123 человека с зависимостью от психоактивных веществ: МКБ-10 (F10-F19) – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Контрольную группу для определения особенностей Я-концепции, которые возникают в связи с употреблением ПАВ, составили 135 человек с зависимостью от алкоголя. Респонденты на момент исследования находились в реабилитационных центрах и проходили лечение в соответствии с поставленным диагнозом. Исследование проводилось на базе реабилитационных медицинских центров г. Волгограда и г. Уфы.

Результаты исследования

После проведения исследования получены следующие результаты.

Во-первых, с помощью описательной статистики мы получили данные о такой характеристике Я-концепции, как самопринятие. Результаты методики «Q-сортировка» представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение результатов по методики «Q-сортировка»

Критерий	Идеальное Я		Реальное Я		Социальное Я	
	Зависимость от ПАВ	Зависимость от алкоголя	Зависимость от ПАВ	Зависимость от алкоголя	Зависимость от ПАВ	Зависимость от алкоголя
Принятие борьбы	13,8 %	13,8 %	25,9 %	29,3 %	29,3 %	29,3 %
Избегание борьбы	37,9 %	20,7 %	17,2 %	10,3 %	19 %	3,4 %
Общительность	25,9 %	27,6 %	34,5 %	32,8 %	36,25 %	32,8 %
Необщительность	13,8 %	8,6 %	17,2 %	5,2 %	15,5 %	6,9 %
Зависимость	25,9 %	22,4 %	37,9 %	31 %	37,9 %	25,9 %
Независимость	22,4 %	13,8 %	10,3 %	12,1 %	15,5 %	17,2 %

Как видно из табл.1, в категории «Идеальное Я» люди с зависимостью от ПАВ более склонны к избеганию борьбы и независимости и в меньшей степени склонны к общительности. В категории «Реальное Я» они так же склонны к избеганию борьбы, необщительности и зависимости.

В категории «Социальное Я», больше выражены критерии: избегание борьбы, необщительность и зависимость.

Во-вторых, данные о такой характеристике Я-концепции как самоотношение были получены с помощью методики «Тест-опросник самоотношения». Результаты методики представлены в табл.2.

Таблица 2

Соотношение ответов респондентов по методике
«Тест-опросник самоотношения»

Критерий	Зависимость от ПАВ			Зависимость от алкоголя		
	Выраженность критерия					
	слабая	средняя	сильная	слабая	средняя	сильная
Шкала S (Принятие своего Я)	20,7 %	24,1 %	10,3 %	12,1 %	22,4 %	10,3 %
Самоуважение	37,9 %	12,1 %	5,2 %	25,9 %	6,9 %	12,1 %
Аутосимпатия	32,8 %	17,2 %	5,2 %	20,7 %	6,9 %	17,2 %
Ожидаемое отношение	36,2 %	15,5 %	3,4 %	34,5 %	8,6 %	1,7 %
Самоинтерес	24,1 %	8,6 %	22,4 %	24,1 %	6,9 %	13,8 %

Как видно из табл.2, у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, слабо выражены принятие своего Я, самоуважение, аутосимпатия и сильно выражен самоинтерес, в отличие от лиц с зависимостью от алкоголя.

В-третьих, особенности самооценки как компонента Я-концепции были выявлены с помощью методики исследования самооценки личности. Результаты представлены в табл.3.

Таблица 3

Результаты методики «Исследование самооценки личности»

Зависимость от ПАВ			Зависимость от алкоголя		
Уровень самооценки					
высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
0 %	42,7%	57,3%	11,5%	47,2%	41,3%

Как видно из табл. 3, высокий уровень самооценки у людей с зависимостью от алкоголя имеют только 11,5 % респондентов, средний уровень – 47,2 %, низкий уровень – 41,3 %. Респондентов с зависимостью от ПАВ с высоким уровнем самооценки не выявлено, а у 57,3 % отмечается низкий уровень самооценки.

В-четвертых, по данным методики «Q-сортировка» и теста ОСО, были выявлены следующие различия в особенностях Я-концепции у людей, страдающих зависимостью от ПАВ и зависимостью от алкоголя, по компонентам: Аутосимпатия ($p = 0,050$ при уровне значимости $0,05$), Принятие борьбы в категории «Идеальное Я» ($p = 0,045$ при уровне значимости $0,05$). Также обнаружена значимость на уровне тенденции по критериям: Общительность в категории «Реальное Я» ($p = 0,099$ при уровне значимости $0,05$) и Принятие борьбы в категории «Социальное Я» ($p = 0,078$ при уровне значимости $0,05$).

Люди с зависимостью от ПАВ в меньшей степени видят достоинства своей личности и по преимуществу отмечают у себя недостатки, испытывают раздражение по отношению к себе, чувствуют презрение, издевки и склонны к вынесению самоприговора («и поделом тебе»), что представлено на рис. 1.

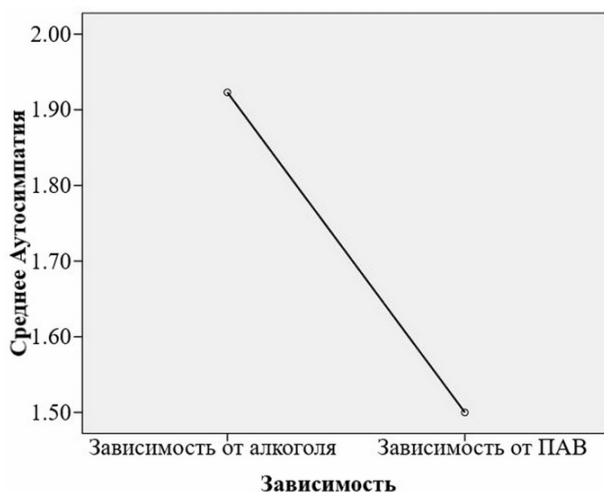


Рис. 1. Аутосимпатия как компонент Я-концепции у людей, страдающих зависимостью от ПАВ и зависимостью от алкоголя

На наш взгляд, такие результаты могут быть следствием низкой самооценки у респондентов с зависимостью от ПАВ. В целом, низкие показатели компонента аутосимпатии выражают тенденцию к самообвинению. Наряду с этим у людей, страдающих зависимостью от алкоголя, в большей мере выражено самопринятие и одобрение, принятие себя, позитивная самооценка. Стоит отметить, что низкий уровень самооценки у людей с за-

висимостью от алкоголя обнаружен у 41,3 %. Эти данные могут служить подтверждением более выраженной аутосимпатии.

При описании «Идеального Я» люди, страдающие зависимостью от ПАВ, склонны оценивать себя как «принимающих борьбу» (рис. 2).

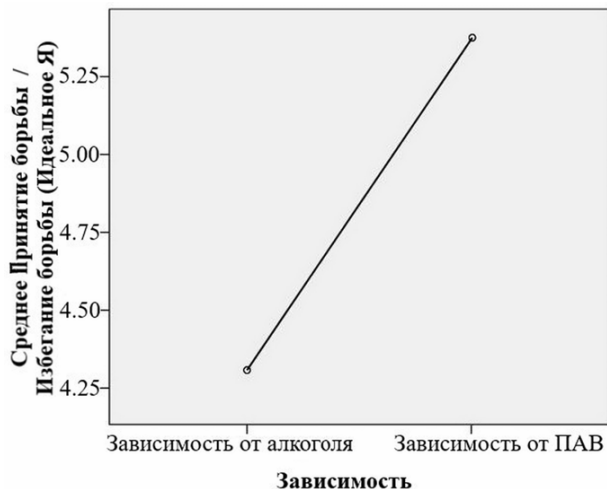


Рис.2. Избегание борьбы в структуре «Идеальное Я» как компонент Я-концепции у людей, страдающих зависимостью от ПАВ и зависимостью от алкоголя

Полученные данные свидетельствуют о том, что у респондентов выражено активное стремление участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений, в то время как у людей, страдающих зависимостью от алкоголя, это стремление относится к избеганию борьбы. Избегание борьбы, показывает стремление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых конфликтах и спорах. Вероятно, такие результаты могут коррелировать с тем, что респонденты с зависимостью от ПАВ при описании категории «Реальное Я» оценивают свою личность как общительную и коммуникативную, с направленностью на установление эмоционально близких отношений с окружающими как внутри группы, так и за ее пределами. Наряду с этим, люди с зависимостью от алкоголя, наоборот, дают более низкую оценку при описании общительности и оценивают себя как необщительных и замкнутых личностей.

Следует отметить и тот факт, что «Социальное Я» респондентов с зависимостью от ПАВ также содержит характеристики «принятие борьбы» (рис. 3).

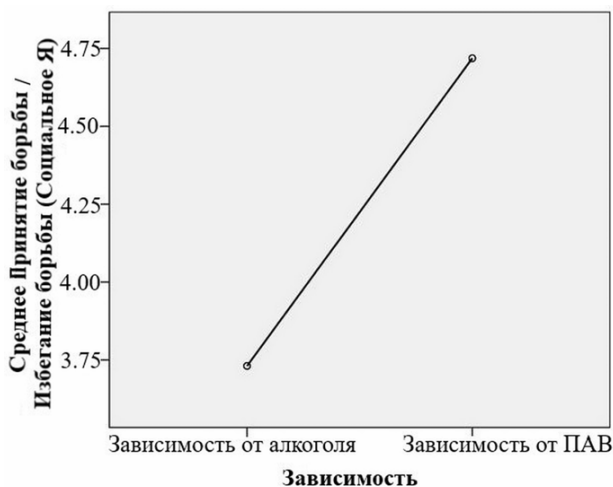


Рис. 3. Избегание борьбы в структуре «Социальное Я» как компонент Я-концепции у людей, страдающих зависимостью от ПАВ и зависимостью от алкоголя

Как видно из графика, респонденты сравнивают свой социальный образ с идеальным представлением о себе. Хотя в этот же момент в категориях «Реального Я» данная тенденция к принятию борьбы не прослеживается. Это может быть выражением демонстративности, желанием выглядеть на людях лучше, чем они являются на самом деле. Данные представлены на рис. 4.

Следующие статистически достоверные результаты были выявлены по критерию «Шкала S» (методика ОСО) по фактору зависимости от ПАВ. Выбор данного критерия объясняется тем, что он описывает внутреннее недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя, данный фактор является одной из главных особенностей Я-концепции личности в нашей работе.

По данным методики «Q-сортировка» и ОСО, посредством Т-критерия Стьюдента так же было выявлено, что лица с зависимостью от ПАВ и слабым уровнем самоотношения в образе идеального Я включают

такую характеристику, как «Общительность» ($p = 0,047$ при уровне значимости 0,05). Результаты представлены на рис. 5.

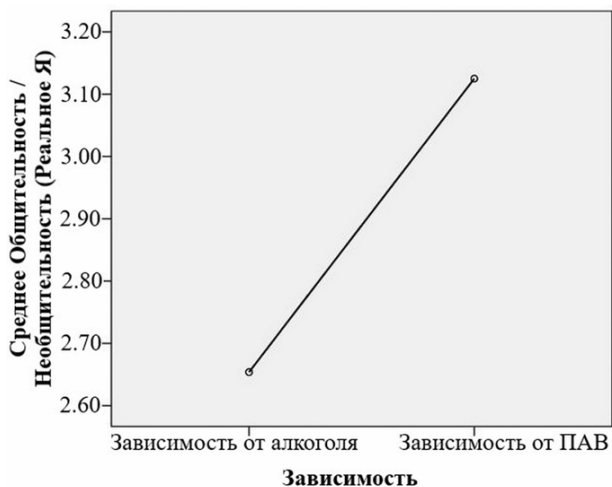


Рис. 4. Необщительность в структуре «Реальное Я» как компонент Я-концепции у людей, страдающих зависимостью от ПАВ и зависимостью от алкоголя

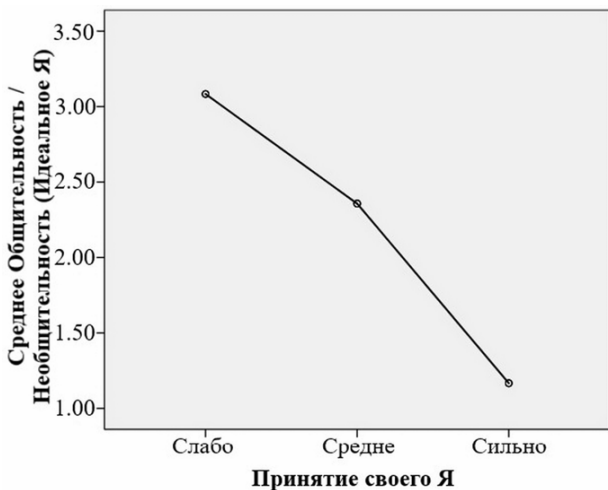


Рис. 5. Зависимость компонентов «Идеального Я» от уровня самоотношения у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что респондент со слабой выраженностью принятия своего «Я» стремится быть более коммуникативным и создавать крепкие эмоциональные связи. Такая тенденция может быть связана с тем, что респонденты данной выборки нуждаются в положительной оценке со стороны общества и принятии их этим обществом, для того чтобы сформировать положительное отношение к себе.

Также и при описании «Реального Я», респонденты со слабым самоотношением (чувство «против» самого себя) отмечают свою «Зависимость» ($p = 0,047$ при уровне значимости $0,05$) от окружения, то есть проявляют стремление к принятию групповых стандартов и норм, как социальных, так и морально-этнических. Это может быть связано с желанием быть принятым группой и восстановить свое личностное отношение к собственному, внутреннему Я. Данные представлены на рис. 6.

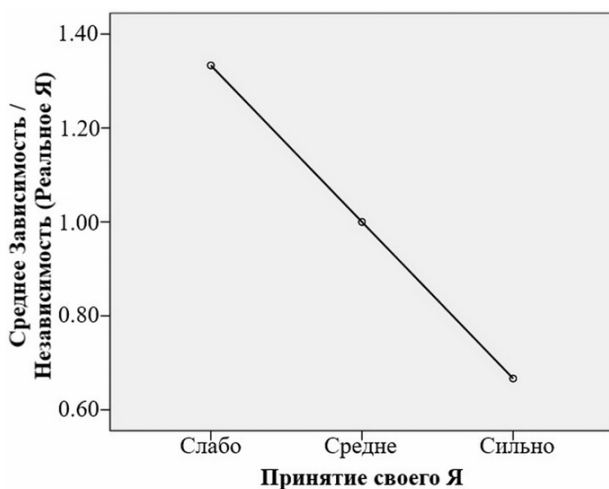


Рис. 6. Зависимость компонентов «Реального Я» от уровня самоотношения у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ

Следует также отметить, что нами была выявлена зависимость между самооценкой и критериями «Зависимость/Независимость» в категории «Реальное Я» ($p = 0,039$ при уровне значимости $0,05$), «Принятие борьбы/Избегание борьбы» в категории «Социальное Я» ($p = 0,055$ при уровне значимости $0,05$). Данные получены с помощью методики исследования самооценки личности и методики «Q-сортировка», что представлено на рис. 7.

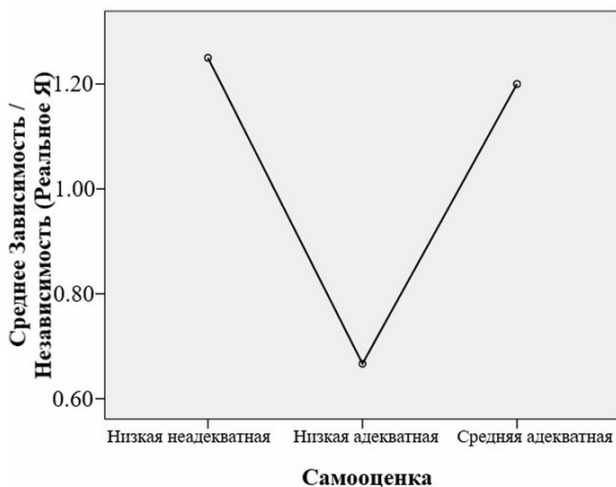


Рис. 7. Зависимость между самооценкой и самоотношением в структуре «Реальное Я» у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ

На рисунке видно, что люди с низкой неадекватной самооценкой более склонны определять свое «Реальное Я» как зависимое, то есть стремящееся к сближению с группой и установлению контактов, принятию групповых норм. Тем не менее, данная связь у людей с адекватной низкой самооценкой выявлена в меньшей степени.

Наряду с этим при описании компонента «Социальное Я» отмечается, что респонденты с низкой адекватной самооценкой склонны считать, что окружающие замечают их желания преодолевать трудности, добиваться более высокого статуса в системе взаимоотношений, участвовать в жизни группы. Эти результаты отражены на рис. 8.

Следовательно, можно предположить, что люди с низкой самооценкой выражают свою потребность в контактах и близком доверительном общении с окружающими людьми, нахождении в близком социальном кругу. Они отмечают, что окружающие видят их как людей общительных и контактных – возможно, такое описание связано с особенностями поведения и общения. Несмотря на неуверенность в себе, лица с зависимостью от ПАВ стремятся к общению с людьми и способны выстраивать взаимоотношения.

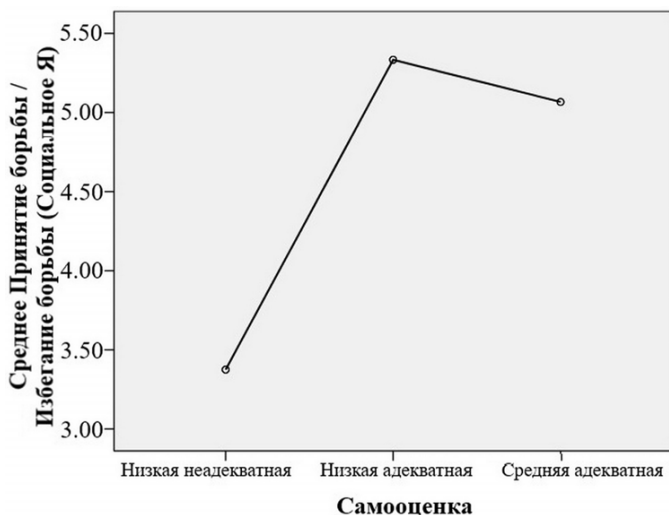


Рис. 8. Зависимость между самооценкой и самоотношением в структуре «Социальное Я» у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ

Заключение

Таким образом, исследование показало, что люди, страдающие зависимостью от ПАВ, имеют особенности Я-концепции личности. Эти особенности выражаются в низкой самооценке (в 57,3 % случаев), неуверенности в своих силах и отсутствии решительности. Наряду с этим, отмечаются такие характеристики, как необщительность или скрытность. Как положительную тенденцию отметим наличие социальных контактов и выделение семейных ролей и связей, ценностной ориентации личности в желании реализовать свои возможности в будущем (найти работу, продолжить обучение, создать семью). Для респондентов с зависимостью от ПАВ характерно ярко выраженное чувство стремления к установлению контактов в группе и желание участвовать в групповой жизни коллектива, в котором они находятся. Стремление к общительности и контактности у зависимых от ПАВ подкрепляется слабым чувством самоотношения.

Все вышесказанное дает возможность для составления программы психологических мероприятий, которые будут направлены на развитие социальных и коммуникативных способностей, что является одним из значимых качеств личности в процессе социального становления и коррекции дезадаптации. В условиях современного общества, в котором трудно реализовать свой потенциал, людям с зависимостями необходимо помочь раз-

вить в себе данные качества для возможности грамотно и профессионально строить личные и трудовые отношения. Кроме того, усилия специалистов могут быть направлены в сторону обучения навыкам преодоления трудных жизненных ситуаций, в которые попал человек с аддиктивным поведением. Следовательно, психологическая помощь людям с зависимостями должна быть нацелена на формирование необходимых навыков в области коммуникации и социальной адаптации личности, повышение уровня самооценки и умение находить выход из критических ситуаций.

Полученные в ходе эмпирического исследования результаты, представленные в данной статье, являются статистически достоверными, а, следовательно, репрезентативными для лиц с зависимостью от психоактивных веществ со стажем до 10 лет в широком возрастном диапазоне.

Литература

1. Анцюборов А.В., Мрыхин В.В. Синтетические каннабиноиды: распространённость, механизмы формирования зависимости, психические нарушения, связанные с употреблением. Современное состояние проблемы // Интерактивная наука. –2017. –Т. 4, № 14. – С. 39–51.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание [пер. с англ. М.Б. Гнедовский, М.А. Ковальчук]. – М.: Прогресс, 1986. – 421 с.
3. Гиленко М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя: клиничко-динамический, судебно-психиатрический аспекты : автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2016. – 28 с.
4. Есауленко И.Э., Семенова Е.А., Харин В.В. Наркологическая ситуация в Воронежской области с анализом показателей коморбидных психических расстройств // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2017. – Т. 16, № 4. – С. 939–953.
5. Казанская В.Г. Наркозависимость подростков в контексте их кризисов // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 19–32.
6. Киржанова В.В. Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков в России: методы оценки и предупреждения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 35 с.
7. Кора Н.А. Психологический механизм формирования наркотической зависимости // Знание. Понимание. Умение. – 2008. – № 1. – С. 120–126.
8. Коршунов В.А. Эпидемиологические закономерности распространения наркопотребления и наркозависимости и направления по оптимизации мер профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2017. – 24 с.
9. Лисова Е.В. Подростковая наркомания: сущность и особенности проявления // Социально гуманитарные знания. – 2008. –№ 3.– С. 1–9.
10. Льюис М. Биология желания. Зависимость – не болезнь [пер. с англ. Н. Римидан]. – СПб. : Питер, 2019. – 384с.
11. Менделевич В.Д. Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии // Неврологический вестник. – 2015. – Т. 47, № 2. – С. 5–15.

12. Никифоров И.А. Соматоневрологические и психические коморбидные расстройства при алкоголизме // Психическое здоровье: социальные, клинико-организационные и научные аспекты / сб. мат. науч.-практич. конф. – М., 2017. – С. 451–455.

13. Пантюхина Г.А. Наркомания в России в конце XX – начале XXI в.: причины возникновения и распространения // Историческая и социально-образовательная мысль.– 2017.– Т. 9, № 4–2. – С. 66–74.

14. Саакян С.В., Мякошина Е.Б., Юровская Н.Н. Дистантная опухолеассоциированная макулопатия при начальной меланоме хориоидеи // Российский офтальмологический журнал. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 41–45.

15. Саакян С.В., Жаруа А.А., Мякошина Е.Б. [и др.] Суперселективная интраартериальная химиотерапия в лечении резистентных и далекозашедших форм ретинобластомы: возможные осложнения и меры их профилактики // Российская педиатрическая офтальмология. – 2013. – № 1. – С. 31–34.

16. Сизоненко А.Ю. Современные причины развития наркомании в России // Вестник науки и образования. – 2019. – Т. 18, № 72. – С.70–72.

17. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. – СПб. : Лань, 2000. –367 с.

18. Яковлева А.Л. Клинико-динамические и терапевтические особенности аффективных расстройств, коморбидных с расстройствами личности : автореф. дис. ... кан. мед. наук. – Томск, 2016.–25 с.

Поступила 02.09.2021

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

Для цитирования. Голубь О.В., Тимофеева Т.С., Пирогова О.Д., Волчанский М.Е. Особенности Я-концепции у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 48–64.

FEATURES OF THE SELF-CONCEPT IN PATIENTS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE DEPENDENCE

Golub O.V.¹, Timofeeva T.S.¹, Pirogova O.D.², Volchansky M.E.³

¹ Volgograd State University (University Ave., 100, Volgograd, Russia);

² Saint-Petersburg State University
(University Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia);

³ Volgograd State Medical University
(Fallen Fighters Square, 1, Volgograd, Russia).

Oksana Viktorovna Golub – PhD Psychol.Sci., Associate Prof. of the Department of Psychology and Pedagogy, Volgograd State University (University Ave., 100, Volgograd, 400062, Russia), e-mail: golub@volsu.ru;

Tatiana Sergeevna Timofeeva – Leading Research Associate of the Department of Psychology and Pedagogy, Volgograd State University (University Ave., 100, Volgograd, 400062, Russia), e-mail: timofeeva@volsu.ru;

Olga Dmitrievna Pirogova – Msc 1st year, Saint-Petersburg State University (University Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: olga.pirogova.psy@mail.ru;

✉ Mikhail Yevgenyevich Volchansky – PhD Sociology Sci., Head of the Department of General and Clinical Psychology, Volgograd State Medical University (Fallen Fighters Square, 1, Volgograd, 400131, Russia), e-mail: volchansky4744@rambler.ru.

Abstract. This subject of the research is the features of the self-concept in people suffering from drug addiction. The aim of the work was to identify the characteristics of self-esteem among drug addicts. The data obtained were compared with the results of patients with alcohol dependence. The study sample consisted of patients from rehabilitation centers with a diagnosis (123 people with addiction to psychoactive substances ICD-10: F10-F19 and 135 with alcoholism). To analyze the results, methods of mathematical statistics were used: student t-test, descriptive statistics. The results of the study showed that people with drug addiction have low self-esteem and a tendency to self-sentencing. At the same time, people with drug addiction see value in maintaining family relationships and are considering implementing their plans in the future. In communication, they demonstrate ambivalent trends: isolation and indecision in communication, on the one hand, and the need for acceptance by the group on the other. The data obtained contribute to the development of theoretical knowledge in the field of psychology, psychotherapy and psychiatry, based on a deeper understanding of the addict. The study not only opens up the possibility of choosing more effective methods to support drug addicts, but also develops measures to prevent the formation of addictive behavior by correcting self-esteem and developing effective communication skills.

Keywords: addiction, drug addiction, alcohol addiction, self-concept, self-attitude, self-esteem.

Acknowledgements: The authors thank the director of the Center for Social Adaptation "Vershina - Volgograd" S. G. Panshensky and the clinical psychologist of the MC "Healthy Life" G. F. Timerbulatova for their help in collecting data.

References

1. Ancyuborov A.V., Mryhin V.V. Sinteticheskie kannabinoidy: rasprostranennost, mekhanizmy formirovaniya zavisimosti, psihicheskie narusheniya, svyazannye s upotrebleniem. Sovremennoe sostoyanie problem [Synthetic cannabinoids: prevalence, mechanisms of addiction, mental disorders associated with use. The current state of the problem]. *Interaktivnayanauka* [Interactive science]. 2017. Vol. 4, N 14. Pp. 39–51.
2. Berns R. Razvitie YA-koncepcii i vospitanie [Development of self-concept and education]. Moskva. 1986. 421 p.
3. Gilenko M.V. Organicheskie psihicheskie rasstrojstva, komorbidnye s zav-

isimostyu ot alkogolya: kliniko-dinamicheskij, sudebno-psihiatricheskij aspekty [Organic mental disorders, comorbid with alcohol dependence: clinical-dynamic, forensic-psychiatric aspects] : Abstract Dis. ... Dr. Med. Sci. Moskva. 2016. 28 p.

4. Esaulenko I.E., Semenova E.A., Harin V.V. Narkologicheskaya situaciya v Voronezhskoj oblasti s analizom pokazatelej komorbidnyh psihicheskikh rasstrojstv [The narcological situation in the Voronezh region with the analysis of indicators of comorbid mental disorders]. *Sistemnyj analiz i upravlenie v biomedicinskih sistemah* [System analysis and management in biomedical systems]. 2017. Vol. 16, N 4. Pp. 939–953.

5. Kazanskaya V.G. Narkozavisimost podrostkov v kontekste ih krizisov [Drug dependence of adolescents in the context of their crises]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.S. Pushkina* [Bulletin of Leningrad State University. A.S. Pushkin]. 2014. Vol. 5, N 4. Pp. 19–32.

6. Kirzhanova V.V. Mediko-socialnye posledstviya inekcionnogo upotrebleniya narkotikov v Rossii: metody ocenki i preduprezhdeniya [Medical and social consequences of injecting drug use in Russia: assessment and prevention methods] : Abstract Dis. ... Dr. Med. Sci. Moskva. 2009. 35 p.

7. Kora N.A. Psihologicheskij mekhanizm formirovaniya narkoticheskoy zavisimosti [Psychological mechanism of drug addiction formation]. *Znanie. Ponimanie. Umenie* [Knowledge. Understanding. Skill]. 2008. N 1. Pp. 120–126.

8. Korshunov V.A. Epidemiologicheskie zakonomernosti rasprostraneniya narkopotrebleniya i narkozavisimosti i napravleniya po optimizacii mer profilaktiki [Epidemiological patterns of the spread of drug use and drug addiction and directions for optimizing preventive measures] : Abstract Dis. ... PhD. Med. Sci. Moskva. 2017. 24 p.

9. Lisova E.V. Podrozkovaya narkomaniya: sushchnost' i osobennosti proyavleniya [Teenage addiction: the essence and features of manifestation]. *Social'nogumanitarnye znaniya* [Socially humanitarian knowledge]. 2008. N 3. Pp. 1–9.

10. Lyuis M. Biologiyazhelaniya. Zavisimost – ne bolezni [Biology of desire. Addiction is not a disease]. Sankt-Peterburg. 2019. 384p.

11. Mendelevich V.D. Psihiatriya v epohu addiktologii: novye diagnosticheskie i terapevticheskie realii [Psychiatry in the era of addictology: new diagnostic and therapeutic realities]. *Nevrologicheskij vestnik* [Neurological Bulletin]. 2015. Vol. 47, N 2. Pp. 5–15.

12. Nikiforov I.A. Somatonevrologicheskie i psihicheskie komorbidnye rasstrojstva pri alkogolizme [Somatoneurological and mental comorbid disorders in alcoholism]. Psihicheskoe zdorove: socialnye, kliniko-organizacionnye i nauchnye aspekty [Mental health: social, clinical, organizational and scientific aspects, Collection of materials of the Scientific and practical conference]. Moskva. 2017. Pp. 451–455.

13. Pantjuhina G.A. Narkomaniya v Rossii v konce XX – nachale XXI v.: prichiny vozniknoveniya i rasprostraneniya [Drug addiction in Russia at the end of the XX – beginning of the XXI century: the causes of occurrence and distribution]. *Istoricheskaya i socialno-obrazovatel'naya mysl* [Historical and socio-educational thought]. 2017. Vol. 9, N 4–2. Pp. 66–74.

14. Saakyan S.V., Myakoshina E.B., Yurovskaya N.N. Distantnaya opukholeasotsiirovannaya makulopatiya pri nachal'noy melanoma khorioidei [Tumor-associated

distant maculopathy caused by small uveal melanoma]. *Rossiyskiy oftal'mologicheskiy zhurnal* [Russian Ophthalmological Journal], 2011. Vol. 4, N 2. Pp. 41–45.

15. Saakyan S.V., Zharua A.A., Myakoshina E.B. [et al.] Superselektivnaya intraarterialnaya khimioterapiya v lechenii rezistentnykh i dalekozashedshikh form retinoblastomy: vozmozhnyye oslozhneniya i mery ikh profilaktiki [Superselectiveintraarterial chemotherapy for the treatment of refractory and advanced retinoblastoma: possible complications and measures for their prevention]. *Rossiiskaya Pediatriceskaya Oftalmologiya* [Russian Pediatric Ophthalmology]. 2013. N 1. Pp. 31–34.

16. Sizonenko A.Y. Sovremennye prichiny razvitiya narkomanii v Rossii [Modern reasons for the development of drug addiction in Russia]. *Vestnik nauki i obrazovaniya* [Vestniknauki I obrazovaniya]. 2019. Vol. 18, N 72. Pp. 70–72.

17. Shabanov P.D., SHtakelberg O.Y. Narkomanii: patopsihologiya, klinika, rehabilitatsiya [Drug addiction: pathopsychology, clinic, rehabilitation]. Sankt-Peterburg. 2000. 367 p.

18. Yakovleva A.L. Kliniko-dinamicheskie i terapevticheskie osobennosti afektivnykh rasstrojstv, komorbidnykh s rasstrojstvami lichnosti [Clinical-dynamic and therapeutic features of affective disorders, comorbid with personality disorders] : Abstract Dis. ... PhD. Med. Sci. Tomsk. 2016. 25 p.

Received 02.09.2021

For citing. Golub O.V., Timofeeva T.S., Pirogova O.D., Volchansky M.E. Osobennosti Ya-koncepcii u pacientov s zavisimostyu otpsihoaktivnykh veshhestv. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 48–64. **(In Russ.)**

Golub O.V., Timofeeva T.S., Pirogova O.D., Volchansky M.E. Features of the Self-concept in patients with psychoactive substance dependence. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 48–64.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

В статье раскрываются проблемы перехода высших медицинских учебных заведений на дистанционное обучение в сложный период коронавирусной пандемии и социально-психологические особенности процесса обучения. Вынужденный переход на режим самоизоляции в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) придал мощный импульс внедрению инструментов дистанционного обучения в систему медицинского вузовского образования. Применение цифровых технологий на различных этапах подготовки студентов-медиков имеет свои особенности, поскольку многие навыки и умения на современном уровне развития технологий не могут быть полноценно приобретены иначе, как на практических занятиях в традиционной, очной форме. Это, прежде всего, относится к освоению различных манипуляций, операций, исследований, приобретению опыта общения с пациентами, проведения обследования, ведения медицинской документации и т.д. В тоже время, вынужденный переход на дистанционную форму образования явился единственной разумной альтернативой традиционному обучению в условиях пандемии COVID–19. Положительными особенностями дистанционного обучения являются снижение уровня стресса,

Гончаров Константин Николаевич – канд. мед. наук, доц. каф. мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, Первый С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: gkn73@bk.ru;

✉ Юсупов Владислав Викторович – д-р мед. наук, проф., нач. научно-исслед. отдела, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); проф. каф. мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Марченко Лариса Олеговна – науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург ул. Лебедева, д.6); науч. сотр., Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Бабич Елена Олеговна – врач-стоматолог, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: vmeda_37@mil.ru.

выбор оптимального темпа освоения материала, доступность информационных ресурсов, формирование самодисциплины.

Ключевые слова: дистанционное обучение, медицинское вузовское образование, студенты медицинских вузов, коронавирусная инфекция (COVID-19), мотивация.

Распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 и введение связанных с ней ограничений заставили по-новому взглянуть на различные сферы жизни общества. В связи с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) многие образовательные учреждения перешли на дистанционное обучение, ранее практиковавшееся исключительно в виде дополнения к очной форме освоения материала [6, 7].

Особый интерес вызывает проблема организация дистанционного обучения студентов медицинских образовательных организаций высшего образования (далее – медицинских вузов). В период обучения на начальных курсах (1–2 курс) студенты получают знания по фундаментальным наукам, на 3–4 курсах – по прикладным специальностям, а на заключительном этапе обучения (5–6 курсы) заканчивают обучение на клинических кафедрах. Одной из основных целей обучения студентов на клинических кафедрах является овладение практическими навыками и умениями, что указывает на то, что дистанционные технологии не могут быть одинаково внедрены на клинических и теоретических кафедрах, так как профессия врача относится, прежде всего, к профессиям типа «человек – человек».

Вынужденный переход на режим самоизоляции в период пандемии придал мощный импульс внедрению инструментов дистанционного обучения в систему медицинского вузовского образования. Этот процесс во многом считается неизбежным, так как это переход к образовательным технологиям будущего, основанным на тотальном внедрении в процесс обучения цифровых инноваций.

Высшие учебные учреждения вынуждены организовывать учебный процесс с использованием дистанционного обучения и доступных инструментов коммуникации между студентами и преподавателями в цифровой образовательной среде, обеспечивать доступ к информационным технологиям. В настоящее время цифровая образовательная среда, с помощью которой осуществляется дистанционное обучение, включает в себя систему видео-конференц-связи, социальную сеть для общения студентов и преподавателей. Весь контент в цифровой образовательной среде соответствует Федеральным государственным стандартам [5].

С другой стороны, новое заболевание (COVID-19) повысило востребованность ряда навыков, связанных с оказанием экстренной помощи, интубации, искусственной вентиляцией легких, новых методов диагностики и лечения пациентов в условиях повышенной опасности, требований слаженной командной работы и знаний новых алгоритмов действий в различных ситуациях.

Анализ преимуществ дистанционного обучения показал, что к ним можно отнести такие особенности, как гибкость, модульность, параллельность, дальное действие, массовость, рентабельность, социальность [2].

Применение дистанционных цифровых технологий на различных этапах подготовки студентов-медиков имеет свои характерные особенности. В процессе дистанционного обучения студентами медицинских вузов приобретаются всесторонние технологические знания, которые необходимы им в будущей практике и большую часть которых невозможно найти в учебниках. Многие навыки и умения на современном уровне развития дистанционного обучения не могут быть полноценно освоены, это возможно только на практических занятиях в традиционной очной форме. Это, прежде всего, относится к практическому освоению различных манипуляций с больными, обучению проведению диагностических исследований, сбору анамнеза и ведению медицинской документации, а также развитию коммуникативных качеств общения с пациентами и т.д. Существующий уровень цифровых технологий не позволяет в полной мере воспользоваться возможностями дистанционного обучения, особенно в области формирования практических навыков.

Переход к дистанционному обучению вызвал проблемы, связанные с необходимостью соблюдения учебного плана и студентами, и преподавательским составом, а также трудностями, возникшими при применении в учебном процессе разнообразных технологий передачи информации (различных способов доставки электронного контента и доступных инструментов коммуникации между студентами и преподавателями). Остаются актуальными проблемы формирования должной мотивации и когнитивных способностей обучающихся. При этом невозможно представить получение студентами знаний по анатомии без работы в секционной, изучение гистологии без работы с микропрепаратами, изучение хирургии – без наблюдения за операциями и т.д. [1, 4]. Можно много раз прочесть в учебнике описание рентгенологической картины заболевания, но все равно не запомнить ее, если же увидеть эту картину в реальности, то и запомнить ее проще. Помимо теоретической подготовки студенту необходимо практическое

понимание и ощущение полного погружения в данную реальность, чтобы задействовать все аналитические системы, а не только запомнить вербальные определения [8].

В связи с внедрением дистанционного обучения для студентов возникает необходимость в изменении методов работы преподавателей, прежде всего, в построении образовательного процесса, разработке методов оценки обучения и обеспечения качества преподавания. Преподавание – это не только прочтение курса лекций, но и определённые методы и средства донесения информации, социальное взаимодействие в группе и с преподавателем. Безусловно, в этом процессе ключевую роль играют компетентность и профессионализм преподавателя [3].

Встал вопрос об эффективности дистанционного учебного процесса в медицинском вузе в период пандемии, и для ее оценки необходимо проведение анализа удовлетворенности студентов-медиков процессом получения знаний и преподаванием при дистанционном обучении.

Цель исследования связана с необходимостью изучить отношение студентов медицинского вуза к переходу на дистанционные формы обучения в период пандемии, а также проанализировать эффективность перехода от традиционных форм образования к дистанционным формам из-за коронавирусной инфекции, выявить социально-психологические особенности обучения и оценить подготовленность медицинского университета к резкой смене модели обучения.

Для достижения цели исследования проведено анкетирование студентов разных курсов Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова в количестве 300 человек (1-й курс стоматологического факультета – 87 чел., 2-ой курс лечебного факультета – 93 чел., 5-й курс лечебного факультета – 55 чел. и врачи-ординаторы – 45 чел.), затрагивающее некоторые аспекты дистанционного обучения.

Студентам предлагалось в произвольной форме изложить своё отношение к положительным и отрицательным сторонам дистанционного обучения, а также сформулировать свои предложения по совершенствованию этой системы. Большинство студентов отнеслись к данному исследованию с большим пониманием и ответственностью.

В ходе исследований по результатам анализа анкетирования выявлены положительные моменты дистанционного обучения. Наиболее высокий процент студентов (98,7 %) отметили экономию средств и времени, а так-

же независимость от транспорта, что находит свое отражение на личном бюджете.

Другим положительным критерием дистанционного обучения, по мнению 98,3 % студентов, является доступность. Можно учиться в любом месте, где есть доступ к интернету. Студент получает также мобильный доступ к информационным ресурсам (электронным библиотекам). Это позволяет выбрать оптимальный темп освоения материала, включая повторное обращение к сложным вопросам.

На третьем месте по важности, по мнению студентов (90,7 %), находится гибкость. Необходимый материал, как правило, осваивался ими самостоятельно в удобное время и в соответствии со своим рабочим графиком. В сложные периоды пандемии остро ощущался дефицит медицинских кадров, и было разрешено использовать на добровольной основе студентов медицинских вузов для работы в больницах, госпиталях и медицинских центрах в качестве среднего и младшего медицинского персонала. Большинство студентов использовалось в качестве младшего и среднего медицинского персонала, работало медрегистраторами. Врачи-ординаторы после прохождения краткосрочных курсов и инструктажа по безопасности работы в инфекционном стационаре допускались даже в «красную зону». Кроме того, стало активно разворачиваться волонтерское движение. Студенты почувствовали, что это и есть их шанс заявить о себе, прекрасный способ приобретения практических навыков по оказанию помощи врачам в лечебных учреждениях в их героическом, нелёгком труде. Дистанционное обучение позволяло им планировать свой распорядок дня.

На следующем месте оказывается (по мнению 52 % студентов) желание получить конкретный набор знаний и навыков. У 46 % студентов – актуальность знаний, так как престижность знаний, полученных в вузе, резко возрастает в отношении будущей специализации и трудоустройства. Это, прежде всего, получение новых навыков и опыта, связанного с новым заболеванием (COVID-19), таких как освоение новых методов диагностики, оказание экстренной помощи и новых алгоритмов действий.

Студентами отмечены так же и отрицательные стороны дистанционного обучения. Наибольшую сложность при дистанционном обучении для студентов (99,3 %) представляет приобретение практических навыков. К сожалению, не все можно изучить дистанционно. В ряде предметов, преподаваемых в медицинском вузе, нельзя обойтись без практических занятий под руководством опытного наставника. Дистанционно можно изу-

чать теоретические предметы, но нельзя научиться практическим навыкам по проведению диагностических исследований и лечебных манипуляций.

Другой отрицательной стороной дистанционного обучения 90 % студентов считают проблему должной мотивации и живого общения, которое позволяет не только слушать преподавателя, но и ответы своих одногруппников, что дает возможность испытывать некую здоровую конкуренцию в процессе получения знаний. Эта проблема является значимым недостатком, т. к. отсутствие живого общения с преподавателями и своими однокурсниками, умения учиться и работать в команде не приводит к более высокому уровню самодисциплины.

Третьим по значимости отрицательным фактором (по мнению 77 % студентов) является ограниченный выбор, так как дистанционное обучение не позволяет получить желаемую профилизацию из-за отсутствия должных практических навыков. В профессии врача необходимы практические навыки, такие как осмотр пациента, сбор анамнеза, проведение диагностических исследований, лечебных манипуляций и т.д., которые студент не может качественно освоить с помощью дистанционного образования, даже с использованием современных тренажеров [6]. То же относится к приобретению будущими медиками навыков очного общения и физического обследования пациентов.

Далее по значимости находится увеличение нагрузки (у 73 % студентов). Часто преподаватель вынужден давать больше материала для самостоятельного изучения, что не всегда воспринимается студентами положительно. Увеличивается объём домашней работы, а это зачастую приводит к менее глубокому изучению материала, появлению пробелов в теоретических знаниях. Особенно это проявляется на младших курсах, когда еще не сформированы навыки обучения.

И последним по значимости, по мнению 55 % студентов, является отсутствие постоянного жёсткого контроля. Не все студенты имеют силу воли, чтобы мобилизоваться и заставить себя отлично подготовиться к занятиям. Сказывается отсутствие у них навыков самодисциплины.

Кроме этого, около 35 % студентов отметили технические вопросы: это проблемы с доступом к цифровой образовательной системе, отсутствие высокоскоростного интернета и его стабильности, необходимость закупки дополнительного оборудования (вебкамеры и микрофона), что также сказывалось на успешности обучения и препятствовало контролю уровня знаний.

Студенты и врачи–ординаторы, работавшие в медицинских учреждениях, перепрофилированных на прием и лечение больных с COVID-19, получили огромный опыт в борьбе с пандемией в экстремальных условиях. В тоже время, вынужденный переход на дистанционную форму образования явился единственной разумной альтернативой традиционному обучению в условиях пандемии COVID–19.

Заключение

Вынужденный переход к дистанционному обучению в медицинских вузах имеет положительные и отрицательные стороны. Положительные моменты дистанционного обучения связаны с доступностью информационных ресурсов, выбором оптимального темпа освоения материалов, конкретным набором знаний и навыков, планированием распорядка дня, что отражает формирование самодисциплины у студентов и снижение уровня стресса, возникающего на занятиях в аудитории.

Отрицательными сторонами дистанционного обучения можно назвать сложность приобретения практических навыков, нарушение связи между преподавателями и студентами, увеличение нагрузки, отсутствие жёсткого контроля и наличие технических проблем.

Таким образом, дистанционное обучение в медицинских вузах не может в полном объеме охватить практическую часть программы, которая является важной для будущего врача, поэтому в дальнейшем его необходимо сочетать с очным обучением, особенно на старших курсах.

Одной из важных психологических проблем обучения является выработка должной мотивации и общения в очном режиме в системе обучающийся – обучающий, которое позволяет не только слушать преподавателя, но и ответы своих одногруппников, что дает возможность испытывать некую здоровую конкуренцию в процессе получения знаний, недостаток умения учиться и работать в команде приводит к занижению требований к самодисциплине.

Опыт дистанционного обучения позволил оперативно разработать новую модель организации учебного процесса. Отдельные элементы дистанционного обучения (чтение лекций, проведение контрольных работ, приём зачётов с использованием технических средств) могут быть доработаны и с успехом использованы в дальнейшем.

Литература

1. Агранович Н.В., Ходжаян А.Б. Возможности и эффективность дистанционного обучения в медицине // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 3 (часть 3). – С. 545–547.
2. Гарас Н.Н. Роль дистанционных элементов обучения в преподавании клинических дисциплин в медицинском вузе // *Смоленский медицинский альманах*. – 2016. – № 2. – С. 72–75.
3. Куприянова И.Н., Чемезов С.А. Дистанционное обучение как средство развития высшего последиplomного медицинского образования // *Медицина и образование в Сибири*. – 2010. – № 2. – С. 5.
4. Леванов В.М., Перевезенцев Е.А., Гаврилова А.Н. Дистанционное образование в медицинском вузе в период пандемии COVID-19: первый опыт глазами студентов // *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. – 2020. – № 2. – С. 3–9.
5. Пенькова Л.В., Дилдабекова Н.Т., Асагамбетова М.Т., Романова А.Р. Дистанционный метод образования в медицине – перспективы, достоинства и недостатки. Особенности в условиях самоизоляции и карантина // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2020. – № 5. – С. 73–76.
6. Приказ Минобрнауки России от 11.11.2020 № 1402 «О мерах по снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции в образовательных организациях высшего образования» [Электронный источник]. URL: [http://www.consultant.ru / document/cons_doc_LAW_367473/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367473/) (дата обращения: 15.05.2021).
7. Приказ Минобрнауки России от 28.01.2021 № 63 «Об организации образовательного процесса в образовательных организациях высшего образования с учетом рисков распространения новой коронавирусной инфекции» [Электронный источник]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375294/ (дата обращения: 15.05.2021).
8. Пятибрат Е.Д., Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Пятибрат А.О. Психологические особенности дистанционного обучения // *Вестник психотерапии*. – 2021. – № 78 (83). – С. 126–134.

Поступила 02.07.2021

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

Для цитирования. Гончаров К.Н., Юсупов В.В., Марченко Л.О., Бабич Е.О. Дистанционное обучение в медицинском вузе: опыт, проблемы, перспективы // *Вестник психотерапии*. 2021. № 79 (84). С. 65–75.

DISTANCE LEARNING IN A MEDICAL UNIVERSITY: EXPERIENCE, PROBLEMS, PROSPECTS

Goncharov K.N.¹, Yusupov V.V.^{1,2}, Marchenko L.O.^{1,2}, Babich E.O.²

¹ Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University
(Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, Russia);

² Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia).

Konstantin Nikolaevich Goncharov – PhD Med. Sci., Associate Prof. of the Department of Mobilization Preparation of Health Care and Disaster Medicine, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: gkn73@bk.ru;

✉ Vladislav Viktorovich Yusupov – Dr. Med. Sci., Prof., Head of the Research Department, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia); Prof. of the Department of Mobilization Preparation of Health Care and Disaster Medicine, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Larisa Olegovna Marchenko – Researcher, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia); Researcher, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: vmeda_37@mil.ru;

Elena Olegovna Babich – dentist, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vmeda_37@mil.ru.

Abstract. The article reveals the problems of the transition of higher medical educational institutions to distance learning in this difficult period of the coronavirus pandemic and the socio-psychological features of the learning process. The forced transition to a self-isolation mode during the coronavirus infection (COVID-19) pandemic gave a powerful impetus to the introduction of distance learning tools into the system of medical university education. The use of digital technologies at various stages of the training of future doctors has its own characteristics, since many skills and abilities at the modern level of technology development cannot be fully acquired otherwise than in practical classes in a traditional, full-time form. This primarily relates to the development of various manipulations, operations, research, the acquisition of experience in communicating with patients, conducting examinations, maintaining medical records, etc. At the same time, the forced transition to distance education was the only reasonable alternative to traditional education in the context of the COVID-19 pandemic. The positive features of distance learning are a decrease in the level of stress, the choice of the optimal pace of mastering the material, the availability of information resources, the formation of self-discipline.

Keywords: distance learning, medical university education, medical students, coronavirus infection (COVID-19), motivation.

References

1. Agranovich N.V., Hodzhayan A.B. Vozmozhnosti i effektivnost distancionogo obucheniya v medicine [Opportunities and effectiveness of distance learning in

medicine]. *Fundamentalnye issledovaniya* [Basic research]. 2012. N 3 (ch. 3). Pp. 545–547. (In Russ.)

2. Garas N.N. Rol distancionnyh elementov obucheniya v prepodavanii klinicheskikh disciplin v medicinskom vuze [The role of distance learning elements in teaching clinical disciplines at a medical university]. *Smolenskiy medicinskiy almanah* [Smolensk Medical Almanac]. 2016. N 2. Pp. 72–75. (In Russ.)

3. Kupriyanova I.N., Chemezov S.A. Distancionnoe obuchenie kak sredstvo razvitiya vysshego poslediplomnogo medicinskogo obrazovaniya [Distance learning as a means of developing higher postgraduate medical education]. *Medicina i obrazovanie v Sibiri* [Medicine and education in Siberia]. 2010. N 2. P. 5. (In Russ.)

4. Levanov V.M., Perevezencev E.A., Gavrilova A.N. Distancionnoe obrazovanie v medicinskom vuze v period pandemii COVID-19: pervyj opyt glazami studentov [Distance education at a medical university during the pandemic COVID-19: the first experience through the eyes of students]. *Zhurnal telemeditsiny i elektronnoho zdravoohraneniya* [Journal of Telemedicine and Electronic Health]. 2020. N 2. Pp. 3–9. (In Russ.)

5. Penkova L.V., Dildabekova N.T., Asmagambetova M.T., Romanova A.R. Distancionnyj metod obrazovaniya v medicine – perspektivy, dostoinstva i nedostatki. Osobennosti v usloviyah samoizolyacii i karantina [Remote method of education in medicine – perspectives, advantages and disadvantages. Features in conditions of self-insulation and quarantine]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamentalnyh issledovanij* [International Journal of Applied and Basic Research]. 2020. N 5. Pp. 73–76. (In Russ.)

6. Prikaz Minobrnauki Rossii ot 11.11.2020 № 1402 «O merah po snizheniyu riskov rasprostraneniya novoj koronavirusnoj infekcii v obrazovatelnyh organizacijah vysshego obrazovaniya» [Order of the Ministry of Education and Science of Russia dated 11.11.2020 № 1402 «On measures to reduce the risks of the spread of new coronavirus infection in educational organizations of higher education»]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367473/ (In Russ.)

7. Prikaz Minobrnauki Rossii ot 28.01.2021 № 63 «Ob organizacii obrazovatel'nogo processa v obrazovatelnyh organizacijah vysshego obrazovaniya s uchetom riskov rasprostraneniya novoj koronavirusnoj infekcii» [Order of the Ministry of Education and Science of Russia dated 28.01.2021 № 63 «On the organization of the educational process in educational organizations of higher education, taking into account the risks of the spread of a new coronavirus infection»]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375294/ (In Russ.)

8. Pyatibrat E.D., Gordienko A.V., Sorokin N.V., Pyatibrat A.O. Psihofiziologicheskie osobennosti distancionnogo obucheniya [Psychophysiological features of distance learning]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2021. N 78 (83). Pp. 126–134. (In Russ.)

Received 02.07.2021

For citing. Goncharov K.N., Yusupov V.V., Marchenko L.O., Babich E.O. Distancionnoe obuchenie v medicinskom vuze: opyt, problemy, perspektivy. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. № 79. Pp. 65–75. **(In Russ.)**

Goncharov K.N., Yusupov V.V., Marchenko L.O., Babich E.O. Distance learning in a medical university: experience, problems, prospects. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. № 79. Pp. 65–75.

УДК 159.9.07

Е.В. Морозова¹, С.С. Алексанин²

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВЕДУЩИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ

¹ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы
(Россия, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2).

В статье изложены результаты исследования реабилитационной приверженности пациентов ведущих инвалидизирующих патологий. По результатам исследования выявлено, что в группах пациентов, однородных по клинικο-демографическим и социальным показателям, но с разной установкой по отношению к инвалидности, формируется различный уровень реабилитационной приверженности. У пациентов, многократно оспаривающих решения медико-социальной экспертизы в отношении установления статуса «инвалид» или усиления группы инвалидности, реабилитационная приверженность статистически более низкая по сравнению с пациентами, не соотносящими себя с инвалидностью. Результаты исследования обосновывают необходимость психологической реабилитации с целью коррекции дезадаптивных личностных проявлений с момента «дебюта» заболевания и на всем его протяжении для профилактики социальной дезадаптации и формирования у пациентов реабилитационной приверженности.

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук; рук. научно-метод. центра по комплексной реабилитации, зам. рук. Федер. центра научно-метод. и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (Россия, Москва, 127486, ул. Ивана Сусанина, д. 3), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru.

Ключевые слова: реабилитационная приверженность, внутренняя картина инвалидности, психологическая реабилитация, личностные риски дезадаптации.

Введение

На данном этапе проблема приверженности является одной из актуальных проблем медицины, о чем свидетельствует широкая база научных исследований по данной теме [7].

Многообразие исследований приверженности пациентов, реализованных на данном этапе, в основном касается проработки проблемы приверженности к лечению. В научных публикациях приверженность преимущественно определяется как комплаентное поведение и следование пациентов врачебным рекомендациям в отношении лечения, а также, за редким исключением, и изменения образа жизни больных [6].

Вместе с тем современный подход к реабилитации, основанный на комплексной парадигме, позволяет расширить контекст проблемы приверженности, не ограничивая ее понимание лишь комплаентным поведением больных. Данный подход обосновывается тем, что в задачи комплексной реабилитации входит не только функциональное восстановление организма (особенно когда вылечить заболевание невозможно, как, например, при сахарном диабете), но и восстановление социального функционирования личности.

По положениям Федерального Закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», реабилитация больных и инвалидов должна решать важнейшую задачу – социально адаптировать и максимально интегрировать этих граждан в социум [13].

Таким образом, при заболеваниях с высокой степенью вероятности инвалидизации приверженность пациентов следует изучать в контексте их активного участия в социальном восстановлении, а современная коннотация проблемы приверженности может быть расширена до термина «реабилитационная приверженность личности».

Оценка инвалидности, осуществляемая в рамках медико-социальной экспертизы на основании действующих классификаций и критериев [12], помимо учета функциональных нарушений также включает анализ ограничений в основных сферах жизнедеятельности, таких как способность к труду, обучению, ориентировке в окружающей действительности, общению, самообслуживанию и др. Данное положение определяет, что, помимо участия больного в различных медицинских мероприятиях, его реабилитационная приверженность также должна быть направлена на восстановле-

ние основных сфер жизнедеятельности (т.е. социального функционирования) для интеграции (реинтеграции) личности в социум, а низкая реабилитационная приверженность приводит к социальной дезадаптации личности.

Исходя из выше очерченных теоретических и прикладных оснований, под **реабилитационной приверженностью** нами понимается интегративное свойство личности, отражающее ее направленность на реабилитацию, активность и участие в социальном восстановлении в различных сферах жизнедеятельности (в быту, в социальной среде, межличностных отношениях, профессиональной и социокультурной самореализации, а также здоровьесберегающей деятельности).

С учетом актуальности совершенствования реабилитационных подходов к больным и инвалидам, на базе ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России (ФБМСЭ) проведено исследование пациентов ведущих инвалидизирующих патологий с целью изучения психологических детерминант адаптивной активности субъекта и формирования реабилитационной приверженности, а также детерминант личностных рисков социальной дезадаптации.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 510 пациентов, которые в равных пропорциях (по 102 человека) распределены по следующей нозологической структуре: злокачественные новообразования (С00-С97); болезни системы кровообращения (I00-I99); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99); хроническая эндокринная патология сахарный диабет 1 типа и сахарный диабет 2 типа (E10-E14).

Больные обследовались в ходе медико-социальной экспертизы в экспертных составах ФБМСЭ, а также в ходе стационарного курса комплексной реабилитации в клинических отделениях ФБМСЭ.

Психологически экспертные больные отличались, по сравнению с больными, находящимися на реабилитации, в отношении установки к инвалидности. Все экспертные больные отрицали положительные результаты реабилитации, что проявлялось в их протестном социальном поведении и намерении отстоять свои права в отношении несправедливо вынесенного в их адрес экспертного решения, которое они обжаловали на уровне районных бюро медико-социальных экспертиз (МСЭ), Главных региональных бюро МСЭ и на федеральном уровне в ФБМСЭ.

В соответствии с трижды вынесенным отрицательным экспертным решением (не в пользу притязаний больного) и фиксированной убежденностью человека в собственной инвалидизации, такое личностное отношение не является адаптивным, а установка к инвалидности в данном случае является неадекватной.

Специфика эмоционально-личностного реагирования пациентов, проходящих стационарный курс реабилитации в клинических отделениях ФБМСЭ, существенно отличалась от реагирования и поведения экспертных больных. Все пациенты активно принимали участие в реабилитационном процессе и были задействованы как в получении услуг медицинской реабилитации, так и в получении услуг по социальной реабилитации (включая психологические реабилитационные услуги). При этом установка к инвалидности у данной группы больных отсутствовала. Все больные при прохождении анкетирования указали, что не считают себя инвалидами, что далее было подтверждено результатами психологических тестов [8, 14]. Также больные указали, что в ближайшее время они не планируют обращаться в службу МСЭ по поводу оформления статуса «инвалид», что, в сравнении с фиксированной позицией необоснованной убежденности в собственной инвалидизации у экспертных больных, послужило основанием для изучения личностных особенностей в отличающихся по субъективному отношению к инвалидности группах.

В данной серии исследования сформированы следующие группы сравнения, различающиеся в зависимости от наличия и динамики статуса «инвалид»:

Группа 1 состояла из больных (120 чел.), ранее никогда не имевших статуса «инвалид» и в третий раз претендующих на первичную инвалидность;

Группа 2 состояла из инвалидов (120 чел.), степень тяжести инвалидности у которых снизилась со II группы на III группу в результате положительной реабилитационной динамики, и они трижды претендовали на возврат прежней группы инвалидности (в нашем исследовании 2 группы);

Группа 3 состояла из больных (120 чел.), у которых по результатам медико-социальной экспертизы статус «инвалид» был снят, и они трижды претендовали на возврат ранее установленной инвалидности;

Группа 4 состояла из больных, не отождествляющих себя с инвалидностью и реабилитирующихся с опорой на собственные социально-экономические и личностные ресурсы (150 чел.).

Данные группы однородны по основным клинико-демографическим и социально-средовым показателям (возраст, пол, диагноз и длительность заболевания, а также уровень образования). Статистически достоверные различия между группами выявлены лишь по показателям «длительность инвалидности», ввиду отсутствия у больных, не причисляющих себя к инвалидам, опыта жизни в статусе «инвалид», и «профессиональной занятости» – в пользу группы больных, не соотносящих себя с инвалидностью.

Критерием включения в группу экспертных больных было отрицательное решение медико-социальной экспертизы в ФБМСЭ в отношении установления им статуса «инвалид» либо усиления имеющейся группы инвалидности.

Критерием включения в группу больных, обследованных в условиях стационарного курса реабилитации, было отсутствие у них ранее в анамнезе инвалидности, а также отсутствие статуса «инвалид» на момент обследования.

Общим критерием для исключения больных из групп сравнения были мнестико-интеллектуальные нарушения психической деятельности в степени от умеренной до значительно выраженной, в связи с необходимостью когнитивно-интеллектуальной сохранности для выполнения используемых в обследовании методик, шкал, опросников и анкет.

В исследовании использовался различный диагностический инструментарий: анкеты для выявления объективных клинико-демографических и социально-средовых показателей и субъективного отношения личности к инвалидности, категоризированного нами как «внутренняя картина инвалидности» [5]. Также применялся комплекс психодиагностических средств: методик, шкал и опросников [1, 2, 3, 4, 8, 11, 14, 15], подобранных в соответствии с разработанной структурно-функциональной моделью [10], объясняющей психологические механизмы формирования внутренних условий (свойств и личностных качеств), способствующих и позволяющих человеку быть направленным, т. е. приверженным к реализации реабилитационного процесса.

В данной статье обсуждаются результаты исследования реабилитационной приверженности четырех групп больных с различной установкой к инвалидности на материале авторского опросника [9], разработанного для выявления психологической направленности больного на реализацию реабилитационного процесса в контексте активности и участия и социальной вовлеченности в различные сферы жизнедеятельности, а также позво-

ляющего оценить общий уровень реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

Исследование осуществлялось с помощью сравнительного анализа эмпирических данных, полученных с помощью расчета U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Для выявления специфики реабилитационной приверженности произведен сравнительный анализ психологических параметров групп больных с неадекватной установкой к инвалидности на различных этапах заболевания: до фактически установленной инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе и после его утраты (группы 1, 2, 3), в сравнении с группой больных, не отождествляющих себя со статусом «инвалид» (группа 4).

При явном различии субъективного отношения к инвалидности и социального поведения больных, многократно претендующих на инвалидность, и больных, не отождествляющих себя с данным статусом, мы предположили, что их психологическая направленность на реабилитацию, понимаемая нами как приверженность к реабилитации, и их социальная вовлеченность, фактически отражающая реабилитационную приверженность в ее социальном контексте, также будет различна. На рис. 1. представлена диаграмма суммарных значений, отражающих общий уровень сформированности реабилитационной приверженности по каждой изучаемой группе.

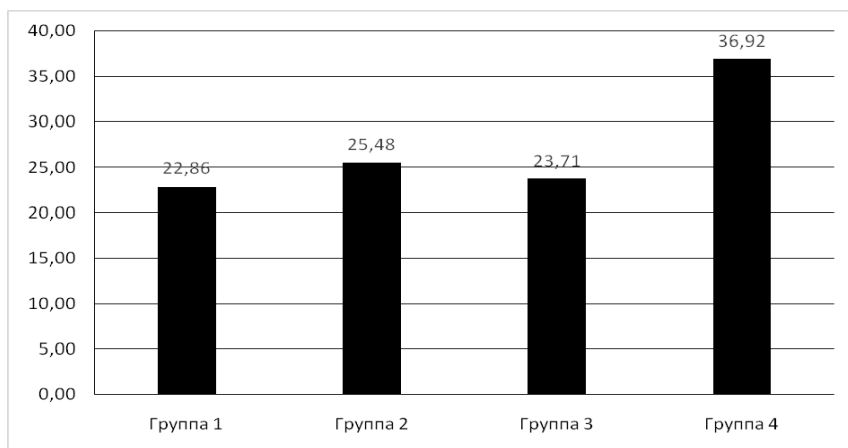


Рис. 1. Средние значения суммарного балла реабилитационной приверженности в четырех группах больных

Суммарные значения уровня сформированности реабилитационной приверженности в сравниваемых группах отражают уровень реабилитационной приверженности всех трех групп экспертных больных, статистически достоверно более низкую (см. табл.), чем в группе больных, не претендующих на инвалидность и реабилитирующихся с опорой на собственные интрапсихические и социально-средовые ресурсы. Наименьший уровень реабилитационной приверженности выявляется в группе больных, претендующих на первичную инвалидность. Более высокий уровень реабилитационной приверженности в экспертных группах выявляется у больных, находящихся в статусе «инвалид».

Апостериорные сравнения исследуемых групп больных по показателям реабилитационной приверженности (уровни статистической значимости)

Статистически достоверные различия между группами (уровень р)					
Группы сравнения (1, 2, 3, 4)					
(1 – 2)	(1 – 3)	(1 – 4)	(2 – 3)	(2 – 4)	(3 – 4)
Позитивное самоубеждение					
0,1137	0,8847	< 0,0001	0,4483	< 0,0001	< 0,0001
Планирование перспективы будущего					
0,0059	0,4129	< 0,0001	0,3390	< 0,0001	< 0,0001
Воля и ответственность за свое здоровье					
0,3775	1,0000	< 0,0001	0,4091	< 0,0001	< 0,0001
Дисциплина в лечении					
0,9986	0,9980	< 0,0001	0,9870	< 0,0001	< 0,0001
Направленность на здоровьесберегающую деятельность					
0,7435	0,7066	< 0,0001	0,9999	< 0,0001	< 0,0001
Профессиональная/образовательная самореализация					
0,2073	0,8738	< 0,0001	0,6419	< 0,0001	< 0,0001
Творческая самореализация					
0,1651	0,9720	< 0,0001	0,3723	< 0,0001	< 0,0001
Социокультурная активность					
0,0005	0,5023	< 0,0001	0,0642	< 0,0001	< 0,0001
Самореализация в межличностных отношениях					
0,0321	0,9961	< 0,0001	0,0163	< 0,0001	< 0,0001
Реализация бытового жизнеустройства					
0,6452	0,4552	< 0,0001	0,9908	< 0,0001	< 0,0001
Общий уровень сформированности реабилитационной приверженности					
< 0,0001	0,7584	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001

Суммарные показатели реабилитационной приверженности у экспертных больных располагаются в диапазоне низких значений (22,86 – 25,48 баллов), в сравнении с суммарным показателем 4-ой группы больных, не причисляющих себя к инвалидам, у которой уровень данного показателя определяется в диапазоне высоко (устойчиво) сформированной реабилитационной приверженности и составляет 36,92 балла, что статистически ($p < 0,0001$) различается с первыми тремя группами экспертных больных (см. табл.).

Далее рассмотрим показатели опросника оценки реабилитационной приверженности, характеризующие психологическую направленность личности на реализацию реабилитационного процесса (см. рис. 2). Данный блок опросника фактически отражает когнитивно-эмоциональный и мотивационный компонент реабилитационной приверженности, включая направленность личности на позитивное самоубеждение; мотивацию к планированию перспективы будущего и реализации текущих событий; волевой компонент; ответственность за свое здоровье; дисциплину в лечении; поисковую активность для реализации здоровьесбережения. На рис. 2 видно, что все показатели 4-ой группы больных, не претендующих на инвалидность, критично значимо отличаются по сравнению с 1-ой, 2-ой, 3-ей группами экспертных больных (см. табл.). В профиле 4-ой группы наиболее высокое значение определяется по показателю «позитивное самоубеждение», а наиболее низкие – по показателям «планирование перспективы будущего» и «направленность на здоровьесберегающую деятельность».

В группах экспертных больных наиболее высокий показатель позитивного самоубеждения выявлен у 2-ой группы, в которую входят больные, находящиеся в статусе «инвалид», у которых степень тяжести инвалидности снижена в результате положительной реабилитационной динамики. Далее по показателю «позитивного самоубеждения» следует группа больных, утративших инвалидность, и самый низкий уровень «позитивного самоубеждения» выявлен у группы экспертных больных, претендующих на первичную инвалидность.

Подобная динамика также проявилась по показателю «планирование перспективы будущего» в группах экспертных больных. Так, лучше всего перспективу будущего выстраивают больные 2-ой группы, находящиеся в статусе «инвалид», более низкий уровень показателя определяется у больных с утраченной группой инвалидности, и самый низкий показатель по параметру «перспектива будущего» выявлен в 1-ой группе больных, претендующих на первичную инвалидность.

По показателю «воля и ответственность за свое здоровье» наиболее высокий показатель выявлен во 2-ой группе больных, при этом далее статистических различий по данному показателю между 1-ой и 3-ей группой не обнаруживается, что характеризует одинаково низкую способность больных, претендующих на первичную инвалидность, и больных, у которых статус «инвалид» был снят, к проявлению волевых усилий, а также ответственному отношению к здоровью.

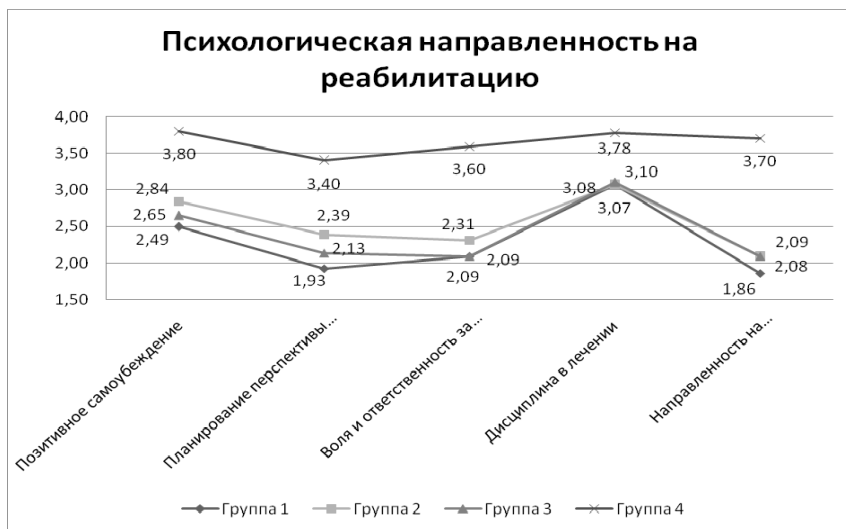


Рис. 2. Показатели, отражающие психологическую направленность личности на реабилитацию и жизнедеятельность в условиях болезни в группах больных

По показателю «направленность на здоровьесберегающую деятельность» самое низкое значение выявляется у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность, при отсутствии статистических различий в группе инвалидов и группе с утраченной инвалидностью. Также отсутствуют статистически достоверные различия в трех группах экспертных больных по показателю «дисциплина в лечении», при том, что в профиле всех экспертных больных обнаруживается наиболее высокое значение данного показателя по сравнению с другими показателями.

Далее рассмотрим динамику значений показателей между изучаемыми группами больных по параметрам, отражающим социальную вовлеченность больных и их активность, и участие в различных сферах жизне-

деятельности, включая профессиональную, образовательную, творческую самореализацию, социокультурную активность, самореализацию в межличностных отношениях и реализацию бытового жизнеустройства (рис. 3).

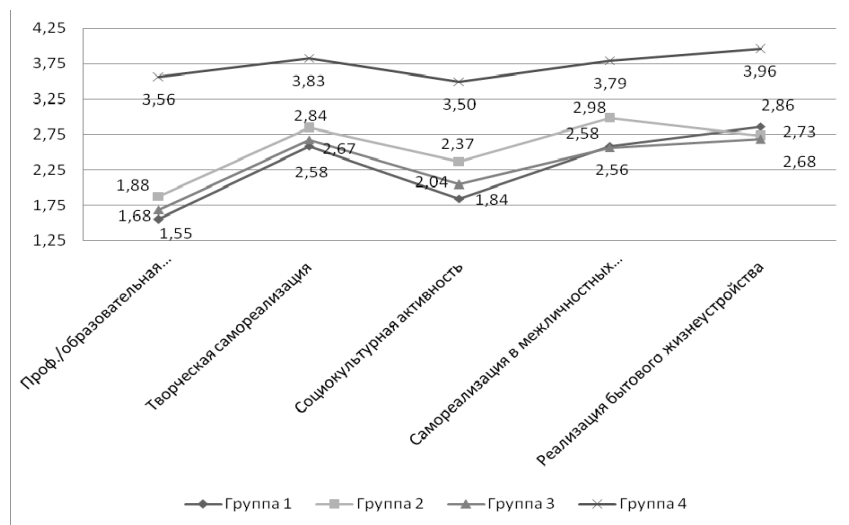


Рис. 3. Показатели, отражающие социальную вовлеченность личности в жизнедеятельность (активность и участие личности) в группах больных

По параметрам, отражающим социальную вовлеченность личности в жизнедеятельность, профили групп также распределились с существенным разрывом в пользу больных реабилитационной группы. По всем показателям больных 4-ой группы выявлены высокие статистически достоверные различия (см. табл.) по сравнению с показателями больных из экспертных групп.

У экспертных больных (1-ая, 2-ая, 3-я группы) минимально выражен показатель по «профессиональной и образовательной самореализации», который между группами экспертных больных существенных статистически достоверных различий не имеет, однако по степени выраженности наиболее низкую самореализацию в данных сферах отмечают больные, претендующие на первичную инвалидность; далее идет группа больных с утраченной инвалидностью, и более высокий показатель выявлен у больных, на данном этапе находящихся в статусе «инвалид».

Далее подобная динамика между группами прослеживается и по другим показателям: в «творческой самореализации» и в «социокультурной

активности» наиболее высокие показатели обнаруживаются во 2-ой группе больных, находящихся на данном этапе в статусе «инвалид», затем по выраженности следуют больные 3-ей группы с утраченной инвалидностью, и самые низкие значения показателей определяются у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность.

По показателю «самореализации в межличностных отношениях» динамика несколько меняется: во 2-ой группе больных с инвалидностью данный показатель статистически достоверно отличен от показателя 3-ей группы больных, утративших инвалидность. В «реализации бытового жизнеустройства» более высокий показатель выявлен у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность, что в целом свидетельствует о меньшей степени бытовой обремененности больных, инвалидность у которых по факту отсутствует, в то время как у больных 2-ой и 3-ей группы реализация бытовой деятельности более низкая и между группами по данному показателю различий нет.

Рассмотренная динамика показателей, характеризующих реабилитационную приверженность больных изучаемых групп, позволяет сформулировать выводы в отношении выявленных различий в структуре реабилитационной приверженности как по больным, фиксированным на получении инвалидности (либо ее утяжелении), так и по больным таких же нозологических форм, не причисляющим себя к инвалидам и реабилитирующимся с опорой на собственные «внутриличностные» и социально-средовые ресурсы.

Выводы

1. Сравнение показателей реабилитационной приверженности в изучаемых группах выявило, что в группах больных, не отождествляющих себя с инвалидностью, реабилитационная приверженность по всем изучаемым показателям сформирована на статистически достоверном уровне выше, по сравнению с группами экспертных больных, многократно претендующих на установление, возврат или усиление инвалидности. С учетом однородности сравниваемых групп по клинико-демографическим и социально-средовым показателям полученные результаты подчеркивают роль и значение социально-психологических факторов и особенностей личности, влияющих на восприятие больными ситуации инвалидизирующего заболевания и активации их личностного реабилитационного потенциала для преодоления многокомпонентных проблем, возникающих в ходе реабилитационного процесса.

2. В группе больных, находящихся на реабилитации, показатели психологического компонента реабилитационной приверженности и показатели социальной вовлеченности в различные сферы жизнедеятельности и социальных отношений распределяются в диапазоне от 3,40 до 3,96 баллов, формируя суммарный показатель реабилитационной приверженности в 36,92 балла. Данный показатель по опроснику «Оценки реабилитационной приверженности» соотносится с ее устойчиво сформированным уровнем и в процентной реализации приверженности соответствует 92,3 %, что высоко характеризует психологическую направленность указанной группы к реализации реабилитационного процесса, включая активность и участие в различных сферах жизнедеятельности и социальных отношений.

3. В группах экспертных больных значения показателей, характеризующих психологический и социальный компонент приверженности, распределились в диапазоне 1,55 – 3,10 баллов, при ее среднем суммарном показателе (уровне сформированности реабилитационной приверженности для всех экспертных подгрупп) в 24 балла. Данное значение, в соответствии с градацией опросника, отражает низкий (неустойчивый) уровень реабилитационной приверженности, который в процентном соотношении соответствует 60 % реализованных личностью усилий по достижению реабилитационных эффектов, также отражая то, что по крайней мере 40 % реабилитационного потенциала личности в реализации реабилитационных задач у данной группы больных не задействовано.

4. Анализ показателей экспертных подгрупп выявил специфику личностного реагирования больных группы, находящихся в статусе «инвалид», которая проявляется более высокими значениями, по сравнению с двумя другими группами экспертных больных, по большинству показателей (7 из 10) и в психологических компонентах приверженности, и по показателям социальной вовлеченности больных, что в целом характеризует данную группу как более адаптированную к ситуации инвалидизирующего заболевания. Данная специфика, в целом, может объясняться тем, что, несмотря на снижение степени тяжести инвалидности (в нашем исследовании со 2-ой группы на 3-ю группу инвалидности в связи с положительной реабилитационной динамикой), больные этой группы находятся в «зоне» социальной поддержки, получая соответствующий пакет медико-социальных и экономических льгот.

5. Наиболее низкие значения по большинству показателей реабилитационной приверженности выявляются у 1-ой группы больных, ранее в статусе «инвалид» никогда не состоявших и на момент обследования три-

жды претендовавших на установление инвалидности. С учетом отсутствия ранее в анамнезе у данных больных статуса «инвалид» и очередного отрицательного решения медико-социальной экспертизы в отношении инвалидности, полученного на федеральном уровне, можно констатировать, что на данном этапе больные указанной группы необоснованно отождествляют себя со статусом «инвалид», что характеризует неадекватную «внутреннюю картину инвалидности» [5], не способствует их адаптации и интеграции в социум, так как их субъектная активность реализуется в стратегиях иждивенческой направленности.

6. Также значения ниже, чем у группы «инвалидов», выявлены по большинству показателей у больных, утративших инвалидность. Можно сказать, что в целом, по сравнению со 2-ой группой больных, находящихся в статусе «инвалид», больные, утратившие данный статус, проявляют меньшую направленность на реабилитацию и социальную вовлеченность. В самосознании этих больных трансформация из роли «Я – инвалид» в роль «Я – больной» на данном этапе пока не происходит, вследствие чего они не в состоянии переключиться на реализацию адаптивной социальной активности, психологически по-прежнему оставаясь в рамках ограничивающей «инвалидной» ролевой позиции, значительно сужающей спектр социально-ролевого функционирования.

7. В целом, по сравнению с группой больных, не отождествляющих себя с инвалидностью и реабилитирующихся с опорой на собственные личностные и социально-средовые ресурсы, больные всех трех экспертных подгрупп проявляют низкий уровень социального функционирования и низкую психологическую направленность на реабилитацию, а их субъектная активность на данный момент сосредоточена не на задачах психологического и социального восстановления, а на дезадаптивной фиксации в достижении статуса «инвалид» (либо усилении инвалидности), в чем, по результатам медико-социальной экспертизы, больным из экспертных подгрупп было многократно отказано.

Заключение

Таким образом, исследование больных с различной установкой к инвалидности (многократно претендующих на инвалидность либо на более тяжелую группу инвалидности и больных, реабилитирующихся вне статуса «инвалид») выявило, что при неадекватной установке к инвалидности больные менее настроены на реализацию широкого комплекса медико-социальных задач, включая восстановление социального статуса в труде,

образовании, активности в различных сферах жизнедеятельности и социальных отношений. Данная ситуация обусловлена выраженной личностной дезадаптацией больных, фиксированных на инвалидизирующих последствиях заболевания и неспособных перенаправить свою субъектную активность в продуктивное русло участия в социальном функционировании.

Выявленные в исследовании данные обуславливают острую необходимость подключения психологов к работе с пациентами на самых ранних этапах заболевания для их психологического сопровождения в соответствии с потребностью в услугах по психологической реабилитации. Психологическая реабилитация пациентов должна реализовываться на всем протяжении болезни с целью своевременного выявления личностных рисков дезадаптации и их целенаправленной коррекции. Особое внимание необходимо уделять профилактике и коррекции дезадаптивных проявлений «внутренней картины инвалидности» у пациентов, которая, как показало исследование, может формироваться задолго до фактического установления статуса «инвалид» и существенно затруднять последующую адаптацию и интеграцию личности в социум при условии неадекватного личностного отношения к себе как к инвалиду и к ситуации инвалидности в целом.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. [и др.] Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях: Пособие для врачей и медицинских психологов / под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: СПбНИПНИ им. Б.М. Бехтерева, 2008. – 35 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. Методические рекомендации – СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2004. – 28 с.
4. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. [и др.] Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
5. Внутренняя картина инвалидности. «Энциклопедический словарь» / под ред. проф. Н.Д. Твороговой. – М.: Практическая медицина, 2016. – С. 122–123.
6. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.
7. Кувшинова Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5 (3). – С. 1014–1020.

8. Кун М., Макпартленд Т. Эмпирическое исследование установок личности на себя // Современная зарубежная социальная психология: Тексты / под редакцией Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской. – М.: Издательство МГУ, 1984. – 255 с.

9. Морозова Е.В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности // Медико-социальные проблемы инвалидности – 2020. – № 1. – С. 61–73.

10. Морозова Е.В. Структурно-функциональная модель реабилитационной активности и реабилитационной приверженности личности к реабилитационному процессу // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 3. – С. 66–74.

11. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие. – Казань: Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003. – С. 24–31.

12. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 27.04.2019 № 585н (ред. от 08.12.2020) [Электронный источник]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.07.2021).

13. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 08.12.2020). С изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 19.12.2020. [Электронный источник]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.07.2021).

14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М.: Издательство Института Психотерапии, 2009. – 224 с.

15. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 339 с.

Поступила 13.09.2021

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Реабилитационная приверженность больных и инвалидов ведущих инвалидирующих патологий // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 75–92.

REHABILITATION COMMITMENT PATIENTS AND DISABLED PEOPLE LEADING DISABLING PATHOLOGIES

Morozova E.V.¹, Aleksanin S.S.²

¹Federal Bureau of Medical and Social Expertise
(Ivan Susanin Str., 3, Moscow, Russia);

²Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia
(Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Valerievna Morozova – Ph.D. Psychol. Sci.; Head of the scientific and methodological center for comprehensive rehabilitation, Deputy Head of the Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of the System of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled persons and children with disabilities Federal Bureau of Medical and Social Expertise (Ivan Susanin Str., 3, Moscow, 127486, Russia), mail: elvamorozova@yandex.ru;

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of the rehabilitation commitment of patients leading disabling pathologies. According to the results of the study, it was revealed that in groups of patients homogeneous in clinical, demographic and social indicators, but with different attitudes to disability, a different level of rehabilitation commitment is formed. In patients who repeatedly challenge the decisions of the medical and social expertise regarding the establishment of the status of "disabled" or the strengthening of the disability group, the rehabilitation commitment is statistically lower compared to patients who do not relate themselves to disability. The results of the study substantiate the need for psychological rehabilitation in order to correct maladaptive personality manifestations from the moment of the "debut" of the disease and throughout its entire course for the prevention of social maladaptation and the formation of rehabilitation commitment in patients.

Keywords: rehabilitation commitment, internal picture of disability, psychological rehabilitation, personal risks of maladaptation.

References

1. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitacii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva. 2002. 440 p. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. [et al.] Metodika dlya psihologicheskoy diagnostiki sovladayushhego povedeniya v stressovyh i problemnyh dlya lichnosti situacijah [Methodology for psychological diagnosis of coping behavior in stressful and personality-problematic situations] Ed. : L.I. Vassermana. Sankt-Peterburg. 2008. 35 p. (In Russ.)
3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. Metodika dlya psihologicheskoy diagnostiki urovnya socialnoj frustirovannosti i eyo prakticheskoe primenenie [Methodology for psychological diagnosis of the level of social frustration and its practical application]. Sankt-Peterburg. 2004. 28 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. [et al.] Psihologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnosis of the life style index.

Manual for psychologists and doctors]. Ed. : L.I. Vassermana. Sankt-Peterburg. 2005. 54 p. (In Russ.)

5. Vnutrennyaya kartina invalidnosti [The internal picture of disability]. Ed. : prof. N.D. Tvorogovoj. Moskva. 2016. Pp. 122–123. (In Russ.)

6. Elfimova E.V., Elfimov M.A. Lichnost i bolezni: «vnutrennyaya kartina bolezni», kachestvo zhizni i priverzhennost [Personality and disease: "internal picture of the disease," quality of life and commitment] *Zamestitel glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician]. 2009. N 11. Pp. 18–25. (In Russ.)

7. Kuvshinova N.Yu. Problema priverzhennosti terapii v razlichnyh oblastyah mediciny [The problem of adherence to therapy in various fields of medicine] *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk* [Izvestia of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3). Pp. 1014–1020. (In Russ.)

8. Kun M., Makpartlend T. Empiricheskoe issledovanie ustanovok lichnosti na sebya [Empirical study of personality attitudes on himself] *Sovremennaya zarubezhnaya socialnaya psihologiya* [Modern foreign social psychology]. Ed. : G.M. Andreevoj, N.N. Bogomolovoj, L.A. Petrovskoj. Moskva. 1984. 255 p. (In Russ.)

9. Morozova E.V. Novye diagnosticheskie podhody k ocenke reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti [New diagnostic approaches to assessing the rehabilitation commitment of the personality] *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 1. Pp. 61–73. (In Russ.)

10. Morozova E.V. Strukturno-funkcionalnaya model reabilitacionnoj aktivnosti i reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti k reabilitacionnomu processu [Structural-functional model of rehabilitation activity and individual rehabilitation commitment to the rehabilitation process] *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2021. N 3. Pp. 66–74. (In Russ.)

11. Nabiullina R.R., Tuhtarova I.V. Mehanizmy psihologicheskoy zashhity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psihoterapevticheskaya korrekciya) [Mechanisms of psychological protection and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)] : Uchebnoe posobie. Kazan. 2003. Pp. 24–31. (In Russ.)

12. O klassifikacijah i kriterijah, ispolzuemyh pri osushhestvlenii mediko-socialnoj ekspertizy grazhdan federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy [On classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of citizens by federal state institutions of medical and social expertise]. Prikaz Mintruda Rossii ot 27.04.2019 № 585n (red. ot 08.12.2020) URL: <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

13. O socialnoj zashhite invalidov v Rossijskoj Federacii [Social protection of persons with disabilities in the Russian Federation]. Federalnyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ (red. ot 08.12.2020). S izmeneniyami i dopolneniyami, vstupivshimi v silu s 19.12.2020. URL: <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

14. Rubinshtejn S.Ya. Eksperimentalnye metodiki patopsihologii i opyt primeneniya ih v klinike [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic]. Moskva. 2009. 224 p. (In Russ.)

15. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Socialno psihologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp [Social psychological diagnosis of the development of personality and small groups]. Moskva. 2002. 339 p. (In Russ.)

Received 13.09.2021

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Reabilitacionnaya priverzhennost bolnyh i invalidov vedushhih invalidiziruyushhih patologij. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 75–92. **(In Russ.)**

Morozova E.V., Aleksanin S.S. Rehabilitation commitment patients and disabled people leading disabling pathologies. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 75–92.

ВЛИЯНИЕ СТАЖА СЛУЖБЫ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ, КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Санкт-Петербургский университет МВД России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилутова, д. 1)

На основе сравнительного анализа изучается влияние стажа службы сотрудников органов внутренних дел (исследуются группы сотрудников со стажем службы до 1 года, от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет) на динамику их стрессоустойчивости, волевых качеств и используемые ими копинг-стратегии. По итогам сравнительного анализа делается вывод о росте стрессоустойчивости и развитии волевых качеств сотрудников органов внутренних дел по мере увеличения их стажа службы при более частом использовании активных адаптивных копинг-стратегий в своём поведении. Отмечается появление отдельных признаков профессиональной деформации у сотрудников органов внутренних дел со стажем службы свыше 5 лет по сравнению с другими сотрудниками, выражающееся в более частом агрессивном и импульсивном поведении в стрессовых ситуациях, по сравнению с сотрудниками, имеющими меньший стаж служебной деятельности.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, стаж, копинг-стратегии, волевые качества, служебная деятельность, профессиональная деформация, сотрудники органов внутренних дел.

Введение

В последние годы стало уже общим местом в психолого-юридических исследованиях делать акцент на сотрудниках со стажем служебной деятельности свыше 5 лет, у которых, как правило, обнаруживаются различные психологические проблемы, в том числе, повышенный риск эмоциональных срывов. При этом подобного рода акцент имеет место практически во всех силовых структурах государства – от ФСИН, МЧС до МВД и Росгвардии. Возникает вопрос: «Зачем проводится исследование, только для того, чтобы констатировать наличие проблемы?» Ведь очевид-

✉ Кобозев Игорь Юрьевич – канд. психол. наук, доц., зам. нач. каф. юридической психологии, С.-Петерб. ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилутова, д. 1), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Золотенко Василий Анатольевич – канд. пед. наук, доц., доц. каф. юридической психологии, С.-Петерб. ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилутова, д. 1), e-mail: vazolotenko@rambler.ru.

но, что данную группу сотрудников составляют самые опытные офицерские кадры. Они являются самым важным ресурсом развития любой системы деятельности. Именно данной категории личного состава, как ведущему субъекту служебной деятельности, психологи и руководители должны уделять первостепенное внимание. Однако возможности обеспечения условий для их полной профессиональной и личностной самореализации, как правило, ограничены. В результате на фоне очевидных служебных трудностей, в том числе наличия стрессовых ситуаций в деятельности экстремального профиля, у сотрудников со стажем возрастают риски истощения механизмов стрессоустойчивости и волевой саморегуляции на фоне использования ими неоптимальных копинг-стратегий в своём поведении.

Объяснять сложившуюся ситуацию только психологическими причинами не всегда корректно. Дело в том, что каждый сотрудник когда-то успешно осуществлял восхождение от одного пика своих адаптивных возможностей к другому, для того чтобы соответствовать новым требованиям деятельности. Со временем механизмы активной, творческой адаптации могут притупляться. Проблема такого рода обладает системной природой и не может быть однозначно решена в пространстве какой-либо одной научной дисциплины. В статье предпринимается попытка предложить свое видение причин и противоречий, лежащих в основе развития стрессоустойчивости, волевых качеств и копинг-стратегий у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) с различным стажем служебной деятельности.

Исследования многих авторов – Бодрова В.А. [1], Вассермана Л.И. [2], Марищука В.Л., Евдокимова В.И. [4], Реана А.А. [10], Пряхиной М.В., Кобозева И.Ю. [7], Шиховой А.П. [12], Солдатов В.А. [11] и др. – свидетельствует, что служебная деятельность сотрудников органов внутренних дел практически постоянно сопряжена с воздействием различного рода стрессовых факторов, что оказывает значительное влияние на успешность и качество выполнения служебных задач, а также приводит к истощению психофизических ресурсов, наступлению профессиональной деформации, появлению психосоматических заболеваний и нервно-психических расстройств.

Поэтому стрессоустойчивость и развитость волевых качеств личности сотрудников полиции являются наиболее важными личностно-профессиональными качествами, обеспечивающими успех в службе. Как отмечалось в ряде исследований [1, 4, 7, 11], наиболее успешными являются те сотрудники, которые обладают развитыми волевыми качествами, высоким уровнем стрессоустойчивости и у которых в поведении преоблада-

ют активные адаптивные копинг-стратегии. Остаётся не до конца ясным вопрос об изменении волевых качеств, уровня стрессоустойчивости и ведущих копинг-стратегий сотрудников ОВД по мере увеличения стажа службы.

Цель исследования – на основе сравнительного анализа изучить влияние стажа службы на волевые качества, стрессоустойчивость и ведущие копинг-стратегии сотрудников ОВД.

Материал и методы

В эмпирическом исследовании приняли участия 90 сотрудников органов внутренних дел. Все обследованные сотрудники были разделены на 3 группы: 30 человек со стажем службы в органах внутренних дел до 1 года, 30 человек со стажем от 1 года до 5 лет и 30 человек со стажем более 5 лет. Развёрнутая характеристика выборки исследования представлена в табл. 1.

Таблица 1
Характеристика выборки исследования

Пол		Возраст			Стаж		
М	Ж	до 30	30-40	40-50	до 1 года	от 1 года до 5 лет	от 5 лет и более
75	15	31	39	20	30	30	30

Для достижения поставленной цели использовались следующие психодиагностические методики:

- Тест на самооценку стрессоустойчивости личности Киршевой и Рябчиковой [9];
- Опросник для оценки волевого самоконтроля (ВСК) [3];
- Опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)» С. Хобфолл [8];
- Сравнительный анализ проводился с использованием Т-критерия Стьюдента, обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакетов программ – SPSS Statistics 21, Microsoft Excel 2013 [5-6].

Результаты и их анализ

Для выявления достоверных различий результатов психодиагностического обследования сотрудников ОВД с разным сроком службы нами был использован Т-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Данные, полученные после проведения сравнительного анализа результатов выделенных групп сотрудников ОВД по тесту на самооценку стрессоустойчивости личности Киршева и Рябчикова, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа показателей теста на самооценку стрессоустойчивости личности 1 и 2 обследованных групп ($M \pm m$)

Название шкалы	1 группа (до 1 года)	2 группа (от 1 года до 5 лет)	3 группа (свыше 5 лет)	p <
Стрессоустойчивость (тест Киршева и Рябчикова)	35,37 ± 0,87	29,73 ± 0,55	27,37 ± 0,73	p ₂₋₃ 0,001 p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ 0,05

Наиболее высокий уровень стрессоустойчивости отмечается у сотрудников со стажем службы свыше 5 лет, минимальный уровень стрессоустойчивости у сотрудников со стажем до 1 года. Достоверные отличия выявлены между показателями всех трёх групп сотрудников. В целом можно отметить достоверное повышение уровня самооценки стрессоустойчивости с ростом стажа сотрудников ОВД.

Далее мы изучали динамику волевых качеств сотрудников ОВД в зависимости от стажа службы. Результаты сравнительного анализа показателей в выделенных группах по опроснику оценки волевого самоконтроля (ВСК) представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа показателей опросника ВСК обследованных групп сотрудников ОВД ($M \pm m$)

Название шкал	1 группа (до 1 года)	2 группа (от 1 года до 5 лет)	3 группа (свыше 5 лет)	p <
Волевой самоконтроль	5,5 ± 0,23	7,33 ± 0,30	8,00 ± 0,31	p ₂₋₃ 0,001 p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ -
Настойчивость	5,97 ± 0,23	7,3 ± 0,27	8,00 ± 0,24	p ₂₋₃ 0,001 p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ -
Самообладание	5,5 ± 0,20	6,57 ± 0,28	7,17 ± 0,27	p ₂₋₃ 0,01 p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ -

Выявлены достоверные отличия по всем трём шкалам опросника ВСК, при этом можно отметить общий рост волевых показателей по мере увеличения стажа службы. Наиболее заметный рост отмечается при сравнении показателей сотрудников ОВД со стажем службы до 1 года и стажем от 1 года до 5 лет, также выявлены достоверные отличия по всем шкалам при сравнении показателей групп со стажем до 1 года и свыше 5 лет. Достоверных отличий показателей теста ВСК между группами сотрудников со стажем от 1 до 5 лет и стажем свыше 5 лет выявлено не было.

Высокая положительная динамика показателей волевых качеств сотрудников при достижении стажа службы более 1 года указывает на завершение процессов адаптации к профессиональной деятельности и формировании профессионализма сотрудников ОВД в период службы от 1 до 5 лет. В дальнейшем, при стаже службы свыше 5 лет рост показателей волевого самоконтроля незначителен и не является достоверным.

В целом полученные результаты свидетельствуют о росте работоспособности и стремления к достижению поставленных целей, независимо от имеющихся преград, с ростом стажа службы, на что указывает достоверный рост показателей по шкале «волевой самоконтроль». Кроме того, отмечается снижение эмоциональной неустойчивости, импульсивности, обидчивости, неуверенности в себе, о чём свидетельствует достоверное увеличение показателя «настойчивость». При этом отмечается также и достоверное увеличение показателей по шкале «самообладание», что указывает на рост эмоциональной зрелости, самостоятельности и способности хорошо осознавать свои мотивы и цели. Максимальная выраженность указанных факторов отмечается при достижении стажа службы сотрудников ОВД свыше 5 лет, минимальные значения отмечаются у сотрудников со стажем службы менее 1 года. Соответственно, сотрудники со стажем более 5 лет лучше молодых сотрудников способны владеть своим собственным поведением в различных предвиденных или непредвиденных ситуациях.

На следующем этапе нашего исследования мы изучали изменения стратегий стресс-преодолевающего поведения сотрудников ОВД с различным стажем служебной деятельности. Результаты сравнительного анализа показателей опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)» для трёх выделенных нами групп сотрудников ОВД представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа показателей опросника SACS
обследованных групп сотрудников ОВД ($M \pm m$)

Название шкал	1 группа (до 1 года)	2 группа (от 1 года до 5 лет)	3 группа (свыше 5 лет)	p<
ассертивные действия	23,53 ± 2,83	25,6 ± 2,69	25,07 ± 2,86	p ₂₋₃ 0,01 p ₂₋₄ 0,05 p ₃₋₄ -
вступление в соц. контакт	24,37 ± 2,83	24,57 ± 2,97	21,5 ± 3,63	p ₂₋₃ - p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ 0,001
поиск соц. поддержки	24,97 ± 3,54	22,93 ± 3,54	21,03 ± 2,85	p ₂₋₃ 0,05 p ₂₋₄ 0,001 p ₃₋₄ 0,05
осторожные действия	21,57 ± 2,61	20,4 ± 3,64	19,13 ± 4,3	p ₂₋₃ - p ₂₋₄ 0,05 p ₃₋₄ -
импульсивные действия	19,1 ± 3,58	16,37 ± 3,41	17,83 ± 2,32	p ₂₋₃ 0,01 p ₂₋₄ - p ₃₋₄ 0,01
избегание	18,23 ± 3,4	13,1 ± 2,72	16,33 ± 5,03	p ₂₋₃ 0,001 p ₂₋₄ - p ₃₋₄ 0,01
манипулятивные действия	17,7 ± 6,00	18,97 ± 2,95	19,8 ± 4,66	p ₂₋₃ - p ₂₋₄ - p ₃₋₄ -
асоциальные действия	18,97 ± 4,46	17,3 ± 4,4	18,57 ± 3,29	p ₂₋₃ - p ₂₋₄ - p ₃₋₄ -
агрессивные действия	12,9 ± 3,85	12,63 ± 4,35	14,97 ± 4,3	p ₂₋₃ - p ₂₋₄ - p ₃₋₄ 0,05

По результатам сравнительного анализа отмечается достоверный рост по шкале «ассертивные действия» при сравнении группы сотрудников со стажем до 1 года с группой сотрудников со стажем от 1 до 5 лет ($p < 0,01$), а также при сравнении сотрудников со стажем до 1 года и со стажем свыше 5 лет ($p < 0,05$).

Достоверных отличий по данной шкале между группами сотрудников со стажем от 1 до 5 лет и со стажем свыше 5 лет выявлено не было. Данный результат свидетельствует о существенном росте самостоятельности в поведении и способности самостоятельно, активно решать возникающие проблемы у сотрудников ОВД при достижении ими стажа служебной деятельности от 1 до 5 лет, что, по всей видимости, связано с за-

вершением процесса адаптации к самостоятельной профессиональной деятельности и активным формированием профессионала в ходе служебной деятельности.

Вместе с ростом показателей по шкале «ассертивные действия» отмечается одновременно существенное достоверное снижение показателей по шкале «вступление в социальный контакт». В частности выявлены достоверные отличия при сравнении показателей сотрудников ОВД со стажем службы до 1 года и свыше 5 лет ($p < 0,001$) и при сравнении сотрудников со стажем службы от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет ($p < 0,001$). Достоверных отличий по данной шкале между показателями сотрудников со стажем до 1 года и от 1 года до 5 лет не было выявлено. Соответственно, снижение показателей стратегии копинг-поведения «вступление в социальный контакт» происходит при достижении стажа службы свыше 5 лет, что свидетельствует о росте самостоятельности сотрудников в профессиональной деятельности и снижении частоты обращений за помощью к другим людям.

Вышеописанная тенденция подтверждается данными сравнительного анализа по шкале «поиск социальной поддержки», в частности, выявлены достоверные отличия между показателями сотрудников со стажем менее 1 года, в сравнении с сотрудниками со стажем от 1 до 5 лет ($p < 0,05$) и сотрудниками со стажем свыше 5 лет ($p < 0,001$), также выявлены достоверные отличия между группами сотрудников со стажем от 1 года до 5 лет и свыше 5 лет ($p < 0,05$). Данный результат свидетельствует о достоверном снижении частоты использования копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» по мере роста стажа служебной деятельности и подтверждает ранее отмеченную тенденцию к росту самостоятельности сотрудников с ростом их стажа служебной деятельности.

Далее, было выявлено достоверное снижение показателей по шкале «осторожные действия» между группами сотрудников ОВД со стажем до 1 года и стажем свыше 5 лет ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении пассивности сотрудников, обретении уверенности в себе и своих действиях по мере роста стажа служебной деятельности. Достоверное снижение данного показателя достигается лишь при достижении стажа свыше 5 лет и накоплении сотрудниками достаточного профессионального опыта.

Более сложная динамика выявлена по шкале «импульсивные действия». Достоверное снижение показателей группы сотрудников со стажем до 1 года по сравнению с сотрудниками со стажем от 1 года до 5 лет ($p < 0,01$) свидетельствует о первоначальном снижении импульсивности на

этапе адаптации к профессиональной деятельности и накопления первичного опыта самостоятельной профессиональной деятельности. Вместе с тем, при сравнении показателей группы сотрудников со стажем от 1 до 5 лет и группы сотрудников со стажем свыше 5 лет отмечается достоверный рост ($p < 0,01$) импульсивности в поведении практически до первоначального уровня, что может указывать на начальные проявления процессов профдеформации и формирование большей уверенности в себе при более частом использовании необдуманных, импульсивных действий, основанных уже на профессиональных стереотипах.

Схожая тенденция отмечается и по шкале «избегание»: первоначально при сравнении показателей групп сотрудников со стажем до 1 года и от 1 года до 5 лет отмечается достоверное снижение ($p < 0,001$) уровня пассивных действий и стремления избегать решения возникающих проблем. Вместе с тем, при сравнении показателей сотрудников со стажем службы от 1 до 5 лет и свыше 5 лет отмечается обратная тенденция достоверного роста ($p < 0,01$) частоты использования данной копинг-стратегии, что указывает на увеличение стремления избегать решения возникающих проблем. Данный результат может быть связан с негативным профессиональным опытом и ростом осторожности сотрудников ОВД при осуществлении служебной деятельности. Достоверных отличий между показателями по данной шкале сотрудников со стажем от 1 до 5 лет и стажем свыше 5 лет выявлено не было.

Ещё одна тенденция, связанная, по-видимому, с началом формирования профессиональной деформации выявлена при сравнении показателей по шкале «агрессивные действия» у сотрудников со стажем от 1 года до 5 лет и сотрудников со стажем свыше 5 лет. При сравнении показателей данных групп отмечается их достоверный рост ($p < 0,05$), что свидетельствует о росте частоты использования в своём поведении агрессивных действий сотрудниками ОВД при достижении стажа служебной деятельности свыше 5 лет. Данный результат может быть обусловлен достаточно стрессогенным характером служебной деятельности сотрудников ОВД.

В целом, по данным опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)» можно отметить, что по мере роста стажа служебной деятельности сотрудников ОВД отмечается рост их стрессоустойчивости, связанный с более активным использованием копинг-стратегии «ассертивные действия», ростом уверенности в себе, накоплением профессионального опыта и снижением пассивности в служебной деятельности. Вместе с тем, отмечаются и негативные тенденции, связанные с ростом импульсив-

ности и агрессивности в поведении, что указывает на формирование профессиональной деформации, связанной со стрессогенностью служебной деятельности.

Выводы

1. Сравнительный анализ самооценки стрессоустойчивости сотрудников ОВД с разным стажем службы показал достоверно более высокий уровень стрессоустойчивости у сотрудников со стажем службы свыше 5 лет, по сравнению с сотрудниками со стажем от 1 до 5 лет и со стажем до 1 года. В целом, можно отметить достоверное повышение уровня самооценки стрессоустойчивости с ростом стажа сотрудников ОВД, что обуславливается ростом профессионализма и профессионального опыта.

2. Выявлен общий рост показателей волевого самоконтроля по мере увеличения стажа службы сотрудников ОВД. Наиболее заметный рост отмечается при сравнении показателей сотрудников со стажем службы до 1 года, стажем от 1 года до 5 лет и стажем свыше 5 лет. Достоверных отличий показателей теста ВСК между группами сотрудников со стажем от 1 до 5 лет и стажем свыше 5 лет выявлено не было. Высокая положительная динамика показателей волевых качеств сотрудников при достижении стажа службы более 1 года, по всей видимости, связана с завершением процессов адаптации к профессиональной деятельности и формирования профессионализма сотрудников ОВД в период службы от 1 до 5 лет. В дальнейшем, при стаже службы свыше 5 лет рост показателей волевого самоконтроля незначителен и не является достоверным.

3. При сравнении показателей копинг-стратегий выявлено, что по мере роста стажа служебной деятельности сотрудников ОВД отмечается рост их стрессоустойчивости, связанный с более активным использованием копинг-стратегии «ассертивные действия», ростом уверенности в себе, накоплением профессионального опыта и снижением пассивности в служебной деятельности. Вместе с тем, отмечаются и негативные тенденции, связанные с ростом импульсивности и агрессивности в поведении, что указывает на формирование профессиональной деформации, связанной со стрессогенностью служебной деятельности.

4. В целом можно отметить, что по мере роста стажа служебной деятельности сотрудников ОВД происходит рост стрессоустойчивости, развитие волевых качеств, формирование активного адаптивного копинг-поведения, обеспечивающего во многом рост стрессоустойчивости. При этом начинают проявляться отдельные признаки профессиональной де-

формации, выражающиеся в росте импульсивности и агрессивности в поведении.

Литература

1. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности: Теоретические и практические проблемы. – М.: Ин-т психологии РАН, 2006. – 623 с.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонов Е.А. Соправление со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
3. Зверков А.Г., Эйдман Е.В. Диагностика волевого самоконтроля (опросник ВСК) // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М.: МГУ, 1990. – С. 116–124.
4. Маришук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Дом, 2004. – 260 с.
5. Математические методы в психологии (MS Excel): учеб. пособие. 3-е изд., испр. и доп. / С.Д. Некрасов. – Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2014. – 147 с.
6. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. – СПб.: Речь, 2012. – 392 с.
7. Пряхина М. В., Кобозев И. Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика: монография. СПб.: Политехника-Сервис, 2011. - 205 с.
8. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов / под ред. проф. Рыбникова В.Ю., проф. Чермянина С.В. – СПб.: «Айсинг», 2009. – 216 с.
9. Психология личности: тесты, опросники, методики / сост. Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова. – М.: Геликон, 1995. – 220 с.
10. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.
11. Солдатов В.И. Особенности и прогнозирование стресс-преодолевающего поведения в деятельности оперуполномоченных криминальной милиции МВД России : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.
12. Шихова А.П. Профессиональный стресс в деятельности сотрудников специализированных подразделений дознания органов внутренних дел : дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 177 с.

Поступила 22.06.2021

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

Для цитирования. Кобозев И.Ю., Золотенко В.А. Влияние стажа службы на стрессоустойчивость, копинг-стратегии и волевые качества сотрудников органов внутренних дел // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 93–104.

INFLUENCE OF SERVICE EXPERIENCE ON STRESS TOLERANCE, COPING STRATEGIES AND STRONG-WILLED QUALITIES OF POLICE OFFICERS

Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A.

St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia
(Pilot Pilyutov str., 1, St. Petersburg, Russia)

✉ Igor Yurievich Kobozev – PhD Psychol. Sci., lecturer, Deputy hand of the Department of Legal Psychology, St.Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov str., 1, St. Petersburg, 198206, Russia). e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Vasily Anatolyevich Zolotenko – PhD Pedagog. Sci., Associate Professor of the Department of Legal Psychology, St.Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov str., 1, St. Petersburg, 198206, Russia), e-mail: vazolotenko@rambler.ru.

Abstract. On the basis of a comparative analysis, the influence of the length of service of employees of the Department of Internal Affairs (groups of employees with service experience up to 1 year, from 1 year to 5 years and over 5 years) on the dynamics of their stress resistance, strong-willed qualities and the coping strategies used by them is studied. Based on the results of the comparative analysis, it is concluded that the growth of stress resistance and the development of strong-willed qualities of police officers as their service experience increases with more frequent use of active adaptive coping strategies in their behavior. There are some signs of professional deformity in employees of the Department of Internal Affairs with more than 5 years of service experience compared to other employees, which is expressed in more frequent aggressive and impulsive behavior in stressful situations compared to employees with less service experience.

Keywords: stress resistance, experience, coping strategies, strong-willed qualities, official activity, professional deformation, employees of the internal affairs bodies.

References

1. Bodrov V.A. Psihologiya professionalnoj deyatelnosti: Teoreticheskie i prakticheskie problem [Psychology of professional activity: Theoretical and practical problems]. Moskva. 2006. 623 p. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonov E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psihodiagnostika [Coping with stress: theory and psychodiagnosics]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.)
3. Zverkov A.G., Ejzman E.V. Diagnostika volevogo samokontrolya (oprosnik VSK). Praktikum po psihodiagnostike. Psihodiagnostika motivacii i samoregulyacii [Diagnosis of strong-willed self-control (FRS questionnaire). Workshop on psychodiagnosics. Psychodiagnosics of motivation and self-regulation]. Moskva. 1990. Pp. 116-124. (In Russ.)

4. Marishhuk V.L., Evdokimov V.I. Povedenie i samoregulyaciya cheloveka v usloviyah stressa [Behavior and self-regulation of a person in conditions of stress]. Sankt-Peterburg. 2004. 260 p. (In Russ.)

5. Matematicheskie metody v psihologii [Mathematical methods in psychology (MS Excel): tutorial. 3rd ed., amended and supplemented] (MS Excel). Ed. : S.D. Nekrasov. Krasnodar. 2014. 147 p. (In Russ.)

6. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya dannyh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. Sankt-Peterburg. 2012. 392 p. (In Russ.)

7. Pryahina M.V., Kobozev I.Yu. Professionalnyj stress rukovoditelej organov vnutrennih del i ego psihoprofilaktika [Professional stress of the heads of internal affairs bodies and his psychoprophylaxis]. Sankt-Peterburg. 2011. 205 p. (In Russ.)

8. Psihodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptacionnyh narushenij v praktike klinicheskikh psihologov [Psychodiagnostic methods for detecting maladaptation disorders in the practice of clinical psychologists]. Ed. : prof. Rybnikov V.Yu., prof. Chermnyanin S.V. Sankt-Peterburg. 2009. 216 p. (In Russ.)

9. Psihologiya lichnosti : testy, oprosniki, metodiki [Personality psychology: tests, questionnaires, techniques]. Ed. : N.V. Kirsheva, N.V. Ryabchikova. Moskva. 1995. 220 p. (In Russ.)

10. Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A. Psihologiya adaptacii lichnosti [Psychology of personality adaptation]. Sankt-Peterburg. 2008. 479 p. (In Russ.)

11. Soldatov V.I. Osobennosti i prognozirovanie stress-preodolevayushhego povedeniya v deyatelnosti operupolnomochennyh kriminalnoj milicii MVD Rossii [Features and forecasting of stress-overcoming behavior in the activities of operatives of the criminal police of the Ministry of Internal Affairs of Russia] : Abstract Dis. ... PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 23 p. (In Russ.)

12. Shihova A.P. Professionalnyj stress v deyatelnosti sotrudnikov specializirovannyh podrazdelenij doznaniya organov vnutrennih del [Professional stress in the activities of employees of specialized investigation units of internal affairs bodies] : Dis. ... PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 177 p. (In Russ.)

Received 22.06.2021

For citing. Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A. Vliyanie stazha sluzhby` na stres-soustojchivost`, koping-strategii i volevy'e kachestva sotrudnikov organov vnutrennih del. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 93–104. (In Russ.)

Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A. Influence of service experience on stress tolerance, coping strategies and strong-willed qualities of police officers. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 93–104.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹ Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
(Россия, Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17);

² Северный государственный медицинский университет
(Россия, Архангельск, Троицкий пр., д. 51).

В статье представлены результаты изучения синдрома профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи (СМП). В обследовании приняли участие 79 фельдшеров СМП, работающих в лечебных учреждениях Архангельской области, возраст $36,9 \pm 10,5$ лет. Основными методами исследования являлись анкетирование и психологическое тестирование.

У 47,7 % фельдшеров СМП выявлен сформированный синдром профессионального выгорания, проявляющийся усталостью, плохим самочувствием, появлением физического и эмоционального истощения, а также проблем со здоровьем. Развитие синдрома профессионального выгорания связано с увеличением тревожности, ухудшением взаимоотношений в коллективе, а также с усилением напряжения, неконструктивных стратегий совладания со стрессом (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание).

В статье предложены рекомендации по профилактике синдрома профессионального выгорания, которая должна быть направлена на поддержание благоприятной атмосферы в коллективе, обучение конструктивному психологическому взаимодействию и методам саморегуляции.

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, фельдшеры, скорая медицинская помощь, факторы риска.

Корехова Мария Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. психологии Высшей школы педагогики, психологии и физич. культуры Северного (Арктического) федер. ун-та имени М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17); mkorehova@mail.ru ORCID-ID 0000-0001-6735-9710;

✉ Новикова Ирина Альбертовна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. психологии Высшей школы психологии, педагогики и физич. культуры Северного (Арктического) федер. ун-та им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17, САФУ); проф. каф. семейной медицины и внутренних болезней Северного гос. мед. ун-та (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51); ianovikova@mail.ru ORCID-ID 0000-0002-3437-5877;

Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии Северного гос. мед. ун-та (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51); ASoloviev1@yandex.ru ORCID-ID 0000-0002-0350-1359.

Проект FSRU-2020-006 в рамках выполнения государственного задания на проведение фундаментальных научных исследований

Введение

В современной науке все больше внимания уделяется вопросам психического здоровья специалистов, деятельность которых протекает в сложных, зачастую в экстремальных условиях [8, 9, 12]. Данная проблема активно изучается отечественными и зарубежными исследователями в связи с тем, что профессиональная деятельность воспринимается как очень важный элемент повседневной жизни человека [19, 20]. У медицинских работников она насыщена множеством стресс-факторов, сопряжена с повышенной моральной ответственностью, постоянным взаимодействием с людьми, их проблемами и страданиями, что может спровоцировать развитие синдрома профессионального выгорания (СПВ) – истощения как физического, так и эмоционального и мотивационного. СПВ – это нежелательный результат хронических стрессов на рабочем месте, характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личностных достижений [22].

В мировой практике регулярно проводятся мониторинги самых «выгорающих специальностей». В отчете «Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019» говорится о том, что 44 % всех врачей имеют СПВ, и еще у 15 % имеются признаки выраженной депрессии [2]. Анализ распространенности СПВ среди разных медицинских специальностей показал его встречаемость: у 26,3 % гастроэнтерологов в Мексике [15], у 33,99 % врачей общей практики в Китае [18], у 46,5 % анестезиологов-реаниматологов во Франции [17], у 62,5 % анестезиологов-реаниматологов в России [7], у 42,5 % психиатров в России [14].

Развитию СПВ у медицинских работников способствуют такие факторы, как: высокие требования, большая рабочая нагрузка, низкое вознаграждение и ненадежность работы [16].

Профессия медицинского работника выездной бригады неотложной и скорой медицинской помощи (СМП) характеризуется высокой психологической и эмоциональной нагрузкой [1]. Сотрудники, работающие на СМП, часто сталкиваются с неотложными ситуациями и необходимостью вмешательства, сопряженного с высоким риском для человека. Они отличаются высоким уровнем СПВ, который характерен для 5-30 % [21].

У сотрудников СМП низкая удовлетворенность работой связана со стрессовыми факторами на работе, а жалобы на состояние здоровья – со специфическими профессиональными стрессорами [23]. Напряженные от-

ношения с пациентами, отсутствие должной коммуникации с руководством оказывают наибольшее влияние на эмоциональный статус сотрудников СМП [10].

СПВ негативно сказывается на профессиональной эффективности, а также соматическом и психологическом здоровье сотрудников СМП. Профессиональная деятельность фельдшеров СМП связана с высокой ответственностью за принимаемые решения и малой степенью свободы, а условия профессиональной деятельности близки к экстремальным.

В то же время исследования, посвященные изучению признаков и факторов СПВ, крайне немногочисленны, в связи с чем повышается значимость их проведения, что направлено, в конечном итоге, на обоснование целенаправленных профилактических мероприятий.

Цель нашего исследования – изучение синдрома профессионального выгорания у фельдшеров СМП.

Материал и методы

В обследовании приняли участие 79 фельдшеров СМП, работающих в лечебных учреждениях Архангельской области, ср. возраст $36,9 \pm 10,5$ лет ($M \pm \sigma$), среди них 64 чел. (81,0 %) – женского и 15 чел. (19,0 %) – мужского пола. Стаж работы в СМП $11,3 \pm 4,2$ лет ($M \pm \sigma$); со стажем до 10 лет – 26 чел. (32,9 %), более 10 лет – 53 чел. (67,1 %).

Основными методами исследования явились анкетирование и психологическое тестирование. С помощью анкетирования изучались социально-демографические характеристики, а также отношение фельдшеров СМП к своей работе и эмоциональное состояние в процессе выполнения профессиональных обязанностей.

Опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание» (ОПРВ) В.А. Винокура применялся для психологической диагностики СПВ у фельдшеров СМП. Методика позволяет достаточно объективно определить содержательные и уровневые характеристики СПВ. С помощью данного опросника выявлялись девять показателей профессионального выгорания, а также интегративный индекс [4]: эмоциональное истощение, напряженность в работе, удовлетворенность работой и оценка ее значимости, профессиональный перфекционизм, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка коллег в работе, профессиональное развитие и самоусовершенствование, общая самооценка, здоровье и общая адаптация. Оценка производилась по 10-балльной шкале, определяющей

степень согласия респондента с утверждениями, касающимися мыслей, переживаний, эмоциональных реакций на работе и в отношении нее.

Оценка ситуативной и личностной тревожности осуществлялась с использованием теста Ч. Спилбергера в модификации Ю. Ханина [5]. Высоким уровнем тревожности, как ситуативной, так и личностной, признается, если суммарный показатель по шкале – более 45 баллов.

С помощью методики «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолькман производилась оценка ведущих копинг-стратегий личности [3]. Методика состояла из 50 утверждений, раскрывающих способы поведения в проблемной или трудной ситуации. Оценка каждого утверждения производилась по 4-балльной шкале.

Исследование склонности к риску выполнялась с помощью теста А.Г. Шмелева [4]. Знание степени склонности к риску позволяет составить прогноз принятия решения в ситуации неопределенности. Высокой склонностью к риску признается при суммарном показателе выше 30 баллов.

Методика А.Ф. Фидлера направлена на диагностику психологической атмосферы в коллективе [13]. Атмосфера в группе оценивалась по десяти шкалам, полюса которых представлены противоположными по смыслу характеристиками группы. Чем ниже показатель, тем более благоприятной считается атмосфера в коллективе.

Обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS Statistics (версия 23.00, лицензия Z125-5301-14). Для оценки значимости разницы средних значений двух выборок использовался непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни или параметрический критерий t-Стьюдента. Для сравнения средних более 2 выборок использовался дисперсионный анализ (ANOVA); для оценки различий по частоте встречаемости – таблицы сопряженности. Изучение взаимосвязей между признаками проводили с помощью корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение

По результатам анкетирования 45,6 % сотрудников СМП оценивали свою работу как тяжелую и напряженную. Часто сталкивались со стрессовыми ситуациями на работе 3/4 фельдшеров; испытывали раздражение и находились в плохом настроении 50,6 % обследуемых. Каждый второй имел жалобы на состояние здоровья, а сниженную работоспособность отмечали у себя 7,6 %. Злоупотребляли табакокурением, выкуривая более 20

сигарет в день 6,3 % фельдшеров СМП, а употребляли алкоголь чаще 1 раза в неделю – 15,2 %.

По опроснику ОПРВ у работников СМП были выявлены высокие значения по шкалам «эмоциональное истощение» ($45,2 \pm 13,1$ баллов) и «здоровье и общая адаптация» ($48,5 \pm 17,3$ баллов), указывающие на наличие чувства разочарования и неудовлетворенности, нарастания как физического, так и эмоционального истощения, ухудшения самочувствия, проблемы со здоровьем и нехваткой времени на отдых и общение с близкими.

У 44,3 % работников СМП отмечался высокий интегративный индекс профессионального выгорания, свидетельствующий о сформированности СПВ (рис.1). Полученные нами данные говорят о более высоких показателях СПВ у фельдшеров СМП, чем установленные другими авторами [6].

Ухудшение здоровья и общей адаптации встречалось у 57,3 % респондентов, для них процесс адаптации протекал тяжелее, с высокой вероятностью нервно-психических срывов. У каждого второго сотрудника СМП отмечалось эмоциональное истощение и снижение желания профессионального развития и самоусовершенствования.

У 60,8 % фельдшеров СМП по методике Ч. Спилбергера-Ю. Ханина был выявлен высокий уровень тревожности как личностной особенности; высокая ситуативная тревожность отмечалась у 15,2 % обследуемых.

Большинство работников СМП (88,6 %) по тесту А.Г. Шмелева достаточно решительны, самостоятельны в выборе тех или иных действий, однако они не склонны к необдуманному риску.

По методике А.Ф. Фидлера 87,8 % обследуемых считали психологическую атмосферу в коллективе благоприятной и удовлетворительной, в которой присутствует согласие, поддержка и сотрудничество.

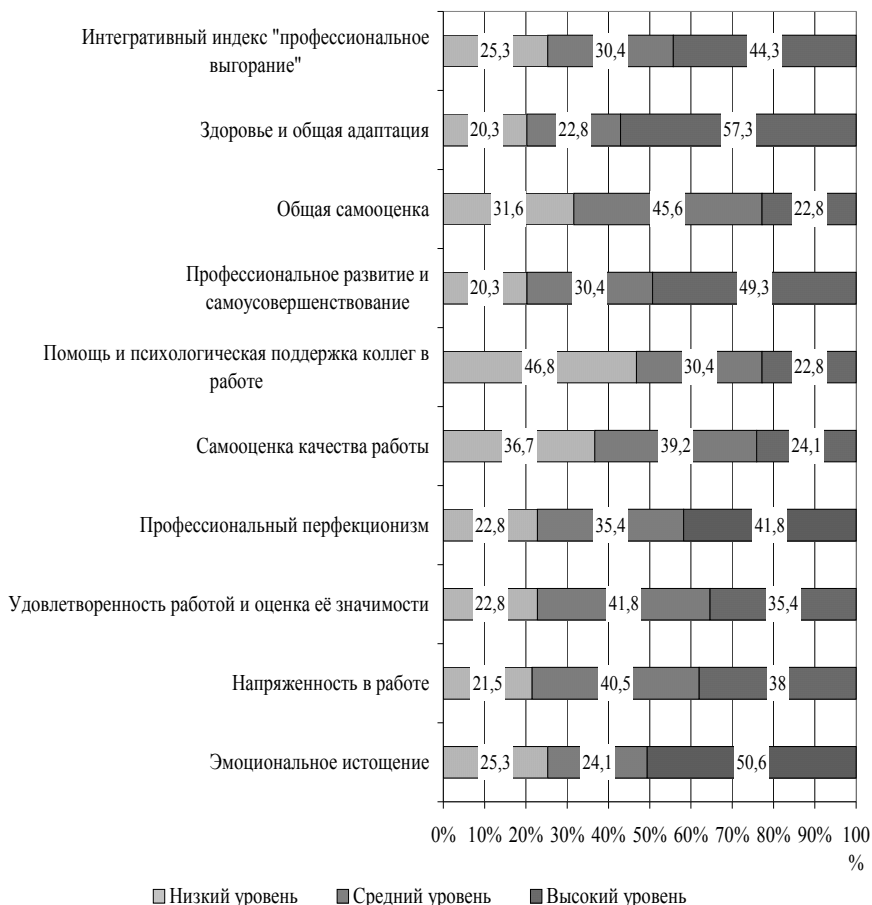


Рис. 1. Распределение фельдшеров СМП по степени выраженности симптомов профессионального выгорания (в %)

Наибольший уровень напряженности по методике Р. Лазаруса имели такие копинг-стратегии, как дистанцирование ($53,0 \pm 10,5 \%$), поиск социальной поддержки ($51,2 \pm 8,4 \%$), планирование ($50,7 \pm 10,5 \%$). Каждый пятый сотрудник при столкновении с проблемной ситуацией пытался целенаправленно анализировать её и планомерно разрешать. Признавали, что именно они ответственны за возникновение и преодоление возникшей трудности, только $6,3 \%$ обследуемых. Неконструктивные копинг-стратегии использовали практически половина фельдшеров СМП (рис. 2),

обесценивая собственные переживания, считая невозможным преодоление трудных ситуаций, проявляя конфликтность и враждебность по отношению к окружающим.

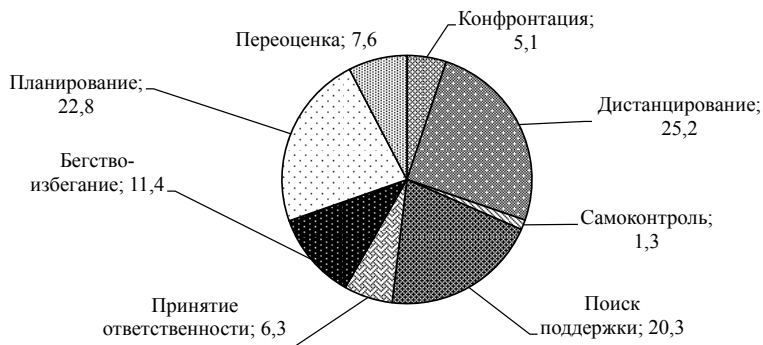


Рис. 2. Распределение преобладающих копинг-стратегий у сотрудников СМП по методике Р. Лазаруса (в %)

У мужчин, по сравнению с женщинами, был выявлен более высокий уровень интегративного индекса профессионального выгорания ($45,9 \pm 9,9$ баллов и $44,8 \pm 10,1$ балла, соответственно). Мужчины чаще ощущали нехватку помощи и психологической поддержки со стороны своих коллег ($p \leq 0,05$), при этом они реже использовали такую копинг-стратегию, как поиск поддержки при столкновении с проблемными и трудными ситуациями ($p \leq 0,05$) (табл.1).

Женщины отличались более выраженной личностной тревожностью, по сравнению с мужчинами, т.е. им свойственно чаще воспринимать события, происходящие в их жизни, как стрессовые.

У группы фельдшеров СМП с высоким интегративным уровнем выгорания, по сравнению со средним и низким уровнями, были выявлены наибольшие значения по всем 9 шкалам опросника ОПРВ, соответствующим основным компонентам СПВ ($p \leq 0,05$). Обследуемые с низким уровнем СПВ имели наиболее выраженные значения по шкалам «профессиональный перфекционизм» ($43,2 \pm 6,0$), «помощь и психологическая поддержка коллег» ($33,0 \pm 8,8$) и «общая самооценка» ($32,3 \pm 8,0$ баллов), т.е. они чаще сомневались в своей профессиональной компетентности, тяжело

переживали ошибки и неудачи в работе, меньше ощущали помощь и психологическую поддержку коллег.

Таблица 1

Сравнение психологических характеристик фельдшеров СМП
в зависимости от пола (M ± SD)

Шкала	Пол		Уровень достоверности (p)
	Женский	Мужской	
Опросник «Отношение к работе и профессиональное выгорание» (ОПРВ) В.А. Винокура			
Помощь и психологическая поддержка коллег в работе	40,2 ± 15,1	49,6 ± 13,4	0,029
Методика «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолькман			
Поиск поддержки	52, 3 ± 8,0	46,2 ± 8,9	0,010
Тест Ч. Спилбергера в модификации Ю. Ханина			
Личностная тревожность	46,7 ± 9,7	38,7 ± 9,7	0,010

Примечание: в таблице представлены только результаты, по которым обнаружены статистически значимые различия.

У респондентов со средним уровнем выраженности СПВ наибольшие значения отмечались по шкалам «профессиональный перфекционизм» (51,9 ± 6,6), «общая самооценка» (44,1 ± 8,9) и «здоровье и общая адаптация» (49,0 ± 7,3), т.е. наряду с неудовлетворенностью собой как профессионалом, отмечаются проблемы с самочувствием и общей адаптацией.

Работники с высоким уровнем СПВ имели проблемы со здоровьем и общей адаптацией (60,5 ± 13,4), часто сомневались в своей опытности и компетентности (57,5 ± 10,0), не были удовлетворены работой и занижали ее субъективную значимость (56,4 ± 16,2 баллов).

Среди обследуемых фельдшеров СМП с высоким уровнем профессионального выгорания чаще встречались сотрудники со стажем свыше 10 лет, которые часто сталкивались со стрессовыми ситуациями, с угрозами для жизни в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей и в целом выше оценивали степень тяжести и напряженности своей работы (табл. 2).

Таблица 2

Сравнение данных анкетирования среди фельдшеров СМП с разным уровнем выраженности профессионального выгорания

Показатель	Уровень выраженности выгорания		
	Высокий	Средний	Низкий
Стаж свыше 10 лет	82,9 % ^{б*} ^{в**}	50,0 % ^{а*}	50,0 % ^{а*}
Часто сталкиваются со стрессовыми ситуациями	94,3 % ^{б***} ^{в**}	58,3 % ^{а***}	50,0 % ^{а***}
Очень высокая степень тяжести и напряженности профессиональной деятельности	57,0 % ^{б**} ^{в***}	16,6 % ^{а**}	10,0 % ^{а***}
Подвергался угрозам для жизни во время выполнения профессиональных обязанностей	48,5 % ^{в**}	33,3 %	10,0 % ^{а**}

Примечание: различия достоверны при * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, в сравнении с: а – низким уровнем выгорания, б – умеренным уровнем, в – высоким уровнем.

Нами произведена оценка выраженности интегративного индекса СПВ фельдшеров СМП в зависимости от психологических факторов (табл.3). Интегративный индекс СПВ был существенно выше при неблагоприятной психологической атмосфере в коллективе, высокой ситуативной и личностной тревожности.

Таблица 3

Показатель профессионального выгорания фельдшеров СМП в зависимости от психологических факторов ($M \pm SD$)

Психологические факторы		Интегративный индекс профессионального выгорания	Уровень достоверности (p)
Психологическая атмосфера в коллективе	Благоприятная	40,8 ± 9,7	p = 0,000
	Умеренная	44,8 ± 7,6	
	Неблагоприятная	59,0 ± 9,3	
Ситуативная тревожность	Низкий уровень	39,8 ± 10,1	p = 0,000
	Умеренный уровень	45,2 ± 7,5	
	Высокий уровень	57,1 ± 6,1	
Личностная тревожность	Низкий уровень	34,2 ± 9,6	p = 0,000
	Умеренный уровень	40,1 ± 7,0	
	Высокий уровень	49,2 ± 9,0	

Примечание: в таблице представлены только те факторы, где есть статистически значимые различия.

Результаты корреляционного анализа также показали (рис. 3), что при развитии СПВ увеличивается тревожность, ухудшаются взаимоотношения в коллективе, а также усиливается напряжение неконструктивных стратегий совладания со стрессом, игнорирование проблемы, пассивность, обесценивание собственных переживаний или, наоборот, вспышки раздражения, конфликтное, импульсивное поведение. Были выявлены взаимосвязи между следующими копинг-стратегиями: бегство и конфронтация ($r = 0,305$; $p = 0,006$), бегство и дистанцирование ($r = 0,485$; $p = 0,000$).

Полученные результаты необходимо учитывать при организации мероприятий по профилактике СПВ у фельдшеров СМП. Профилактика СПВ представляет собой совокупность предупредительных мероприятий, направленных на условия и причины, способствующие возникновению и развитию СПВ у фельдшеров СМП. Профилактика должна начинаться с диагностики симптомов СПВ и определения группы лиц, наиболее предрасположенных к выгоранию. Необходимо определить достаточный набор методик для ранней психодиагностики и прогнозирования развития СПВ.



Рис. 3. Корреляционная плеяда факторов профессионального выгорания у фельдшеров СМП

Примечание: ----- положительная корреляция ($p \leq 0,05$)
 _____ положительная корреляция ($p \leq 0,01$)

При проведении профилактических мероприятий нужно учитывать выделенные факторы риска развития СПВ: демографические, социальные, психологические. Профилактику, прежде всего, необходимо проводить с фельдшерами со стажем профессиональной деятельности свыше 10 лет, чтобы не допустить у них развитие СПВ. Наиболее предпочтительной

формой проведения психологической профилактики являются групповые занятия. Рекомендуемая численность группы – не более 10–12 человек. В первую очередь, мероприятия должны быть направлены на поддержание благоприятной атмосферы в коллективе, обучение конструктивному психологическому взаимодействию, развитию умения успешно действовать в условиях эмоционального напряжения, а также на помощь в разрешении конфликтных и стрессовых ситуаций, обучение адаптивным способам анализа и разрешения проблем и методам саморегуляции и в целом на профилактику профессионального выгорания. Важным является и информирование фельдшеров СМП о симптомах и особенностях развития СПВ у медицинских работников, о методах и приемах самовосстановления и самопомощи. Правильно организованная система профилактики будет способствовать развитию положительного эмоционального состояния работников СМП, улучшению качества выполняемой деятельности и социально-психологического климата в коллективе.

Выводы

1. Высокий показатель СПВ имеет 47,7 % фельдшеров СМП, что проявляется эмоциональным истощением и напряженностью в работе, низкой удовлетворенностью ее значимостью, отсутствием профессионального развития и самоусовершенствования, наличием проблем со здоровьем и общей адаптацией.

2. Фельдшера СМП с высоким уровнем профессионального выгорания чаще имеют стаж профессиональной деятельности свыше 10 лет, состоят в браке, сталкиваются со стрессовыми ситуациями с угрозами для жизни в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей и в целом выше оценивают степень тяжести и напряженности своей работы.

3. Развитие СПВ у фельдшеров СМП взаимосвязано с увеличением тревожности, ухудшением взаимоотношений в коллективе, а также с усилением напряжения неконструктивных стратегий совладания со стрессом (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание).

4. Для фельдшеров СМП необходимо организовывать своевременные мероприятия по профилактике СПВ, направленные на поддержание благоприятной атмосферы в коллективе, обучение конструктивному психологическому взаимодействию и методам саморегуляции.

Литература

1. Берхмиллер А., Завгородний И., Завгородняя Н. [и др.] Связь между синдромом выгорания и особенностями личности работников скорой медицин-

ской помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 12. – С. 25–29. DOI:10.17116/jnevro201611612125-29

2. Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К. [и др.] Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей // Клиническая и специальная психология. – 2019. Т. 8, № 1. – С. 58–77. DOI: 10.17759/psyclin.2019080104

3. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-метод. пособие. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.

4. Винокур В.А. Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях. Опросник «ОРПВ» (Отношение к работе и профессиональное «выгорание») : учеб. пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 44 с.

5. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб.: Речь, 2002. – 176 с.

6. Карамова Л.М., Нафиков Р.Г. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников станции скорой медицинской помощи // Вестник РГМУ. – 2013. – № 5–6. – С. 133–135.

7. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю. и др. Синдром профессионального «выгорания» у врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Т. 13, № 3. С. 19–28. DOI:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28

8. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности: монография. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. – 139 с.

9. Кузьменко А.П. Оценка психофункционального состояния медицинских работников северного региона в зависимости от характера профессиональной деятельности // Скорая медицинская помощь. – 2014. – Т. 15, № 3. – С. 22–28. DOI: 10.24884/2072-6716-2014-15-3-22-28.

10. Лымаренко В.М., Апчел В.Я., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 39–45.

11. Пашукова Т.И., Допира А.И., Дьяконов Г.В. Психологические исследования: Практикум по общей психологии для студентов педагогических вузов. – М.: Институт практической психологии, 1996. – с.

12. Петраш М.Д., Бойков А.А. Синдром эмоционального выгорания у сотрудников скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга: взгляд на проблему через 11 лет // Скорая медицинская помощь. – 2015. Т. 16, № 2. – С. 10–15. DOI: 10.24884/2072-6716-2015-16-2-10-15

13. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

14. Чернышкова Н.В., Дворникова Е.О., Малинина Е.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государствен-

ных и частных медицинских учреждений // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 61–72. DOI:10.14529/psy180407

15. Aguilar-Nájera O., Zamora-Nava L.E., Grajales-Figueroa G. [et al.] Prevalence of burnout syndrome in gastroenterologists and endoscopists: results of a national survey in Mexico. *Postgraduate Medicine*. – 2020. – Vol. 132, № 3. – P. 275–281. DOI:10.1080/00325481.2019.1707486

16. Aronsson G., Theorell T., Grape T. [et al.] A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms // *BMC Public Health*. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 13. DOI:10.1186/s12889-017-4153-7

17. Chiron B., Michinov E., Olivier-Chiron E. [et al.] Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *Health Psychology*. 2010. Vol. 15 (6). P. 948–958. DOI:10.1177/1359105309360072

18. Gan Y., Jiang H., Li L. [et al.] Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 1607. DOI:10.1186/s12889-019-7755-4

19. Halliday L., Walker A., Vig S. [et al.] Grit and burnout in UK doctors: a cross-sectional study across specialties and stages of training // *Postgraduate Medical Journal*. – 2017. – Vol. 93, № 1101. – P. 389–394. DOI:10.1136/postgradmedj-2015-133919

20. Makara-Studzińska M., Madej A., Cyrank K. [et al.] Psychiatrists and occupational burnout syndrome – a phenomenon, a problem, a threat? // *Psychiatria polska*. – 2019. – Vol. 53, № 5. – P. 1139–1149 DOI:10.12740/pp/onlinefirst/91686

21. Leszczyński P., Panczyk M., Podgórski M. Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland // *Ann Agric Environ Med*. – 2019. – Vol. 26, № 1. – P. 114–119. DOI:10.26444/aaem/94294

22. Shaikh A.A., Shaikh A., Rajesh D. [et al.] Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory // *Cureus*. – 2019. – Vol. 11, № 2. e4101. DOI:10.7759/cureus.4101

23. Sterud T., Hem E., Lau B., Ekeberg O. A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel // *J. Occup. Med. Toxicol*. – 2011. – Vol. 6, № 1. – P. 10. DOI:10.1186/1745-6673-6-10

Поступила 01.09.2021

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

Для цитирования. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Синдром профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 105–121.

PROFESSIONAL BURNOUT OF AMBULANCE PARAMEDIC

Korehova M.V.¹, Novikova I.A.^{1,2}, Soloviev A.G.²

¹ Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov
(Leningrad Ave., 40, Arkhangelsk, Russia);

² Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, Russia).

Maria Vladimirovna Korehova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Psychology of the Higher school of pedagogics, psychology and physical training. Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Leningrad Ave., 40, 163009, Arkhangelsk, Russia); e-mail: mkorexova@mail.ru;

✉ Irina Albertovna Novikova – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of Psychology of the Higher school of pedagogics, psychology and physical training. Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Leningrad Ave., 40, 163009, Arkhangelsk, Russia); Prof. of the Department of Family Medicine and Internal Medicine, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia); e-mail: ianovikova@mail.ru;

Andrey Gorgonievich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Chief, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern state medical university (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: ASoloviev1@yandex.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of professional burnout in paramedics of emergency medical care (EMS). The survey involved 79 paramedics of the emergency medical service working in hospitals in the Arkhangelsk region, age 36.9 ± 10.5 years. The main research methods were questionnaires and psychological testing.

In 47.7 % of paramedics of the emergency medical service, a formed syndrome of professional burnout was revealed, manifested by fatigue, poor health, the appearance of physical and emotional exhaustion, as well as health problems. The development of professional burnout syndrome is associated with an increase in anxiety, a deterioration in relationships in the team, as well as an increase in the tension of non-constructive strategies for coping with stress (confrontation, distancing, escape-avoidance).

The article offers recommendations for the prevention of professional burnout syndrome in paramedics, which should be aimed at maintaining a favorable atmosphere in the team, teaching constructive psychological interaction and methods of self-regulation.

Keywords: professional burnout syndrome, paramedic, ambulance, risk factors.

Project FSRU-2020-006 as part of the implementation of the state assignment for basic research

References

1. Berkhmiller A., Zavgorodny I., Zavgorodnyaya N. [et al.] Svyaz mezhdu sindromom vygoraniya i osobennostyami lichnosti rabotnikov skoroy meditsinskoj pomoshchi [The relationship between burnout syndrome and the personality traits of ambulance workers]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry S.S. Korsakov]. 2016. Vol. 116, N 12. Pp. 25–29. DOI:10.17116/jnevro201611612125-29 (In Russ.)

2. Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K. [et al.] Perspektivy salyutogenogo podkhoda k profilaktike sindroma vygoraniya u rossiyskikh vrachey [Future of Salutogenic Approach to Prevention of Burnout Syndrome in Russian Physicians]. *Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education]. 2019. Vol. 8, N 1. Pp. 58–77. DOI: 10.17759/psycljn.2019080104 (In Russ.)
3. Wasserman L.I. Sovladaniye so stressom: teoriya i psikhodiagnostika: Uchebno-metodicheskoye posobiye [Coping with stress: theory and psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.)
4. Vinokur V.A. Metodika psikhologicheskoy diagnostiki professionalnogo «vygoraniya» v «pomogayushchih» professiyah. Oprosnik «ORPV» (Otnoshenie k rabote i professionalnoe «vygoraniye») [The method of psychological diagnosis of professional "burnout" in the "helping" professions. Questioner "AWPB" (Attitude to work and professional "burnout")]. Sankt-Peterburg. 2012. 44 p. (In Russ.)
5. Dermanova I.B. Diagnostika emotsionalno-nravstvennogo razvitiya [Diagnostics of emotional and moral development]. Sankt-Peterburg. 2002. 176 p. (In Russ.)
6. Karamova L.M., Nafikov R.G. Sindrom professionalnogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov stantsii skoroy meditsinskoy pomoshchi [Burnout syndrome among medical personnel of an ambulance station]. *Vestnik RGMU* [Bulletin of the Russian State Medical University]. 2013. (5–6). Pp. 133–135. (In Russ.)
7. Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.YU. [et al.] Sindrom professional'nogo «vygoraniya» u vrachey anesteziologov-reanimatologov [Professional burnout syndrome among anesthesiology and intensive care physicians]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii* [Bulletin of anesthesiology and resuscitation]. 2016; Vol. 13, N 3. Pp.19–28. DOI:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28 (In Russ.)
8. Korehova M.V., Soloviev A.G., Novikova I.A. Psikhicheskaya dezadaptatsiya spetsialistov v ekstremalnykh usloviyakh deyatelnosti: monografiya [Mental maladjustment of specialists in extreme activity conditions: monograph]. Arkhangel'sk. 2014. 139 p. (In Russ.)
9. Kuzmenko A.P. Otsenka psikhofunktsionalnogo sostoyaniya meditsinskikh rabotnikov severnogo regiona v zavisimosti ot kharaktera professionalnoy deyatelnosti [Assessment of the psycho-functional state of medical workers in the northern region, depending on the nature of professional activity]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch* [Emergency medical care]. 2014. Vol.15, N 3. Pp. 22–28. DOI: 10.24884/2072-6716-2014-15-3-22-28(In Russ.)
10. Lymarenko V.M., Apchel V.Ya., Leontiev O.V., Dergunov A.V. Issledovaniye khronicheskogo professionalnogo stressa u vrachey skoroy meditsinskoy pomoshchi Nevskogo rayona Sankt-Peterburga [Study of chronic occupational stress in emergency doctors Nevsky district of St. Petersburg]. *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2012. N 3 (39). Pp. 39–45. (In Russ.)
11. Pashukova T.I., Dopira A.I., Deacons G.V. Psikhologicheskiye issledovaniya: Praktikum po obshchey psikhologii dlya studentov pedagogicheskikh vuzov [Psychological research: Workshop on general psychology for students of pedagogical universities]. Moskva. 1996. 127 p. (In Russ.)
12. Petrash M.D., Boykov A.A. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u sotrudnikov skoroy meditsinskoy pomoshchi Sankt-Peterburga: vzglyad na problemu

cherez 11 let [Burnout syndrome in ambulance staff of St. Petersburg: a look at the problem after 11 years]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch* [Ambulance]. 2015. Vol. 16, N 2. Pp. 10–15. DOI: 10.24884/2072-6716-2015-16-2-10-15 (In Russ.)

13. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Socio-psychological diagnosis of personal development and small groups]. Moskva. 2002. 490 p. (In Russ.)

14. Chernyshkova N.V., Dvornikova E.O., Malinina E.V. Osobennosti sindroma emotsional'nogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov gosudarstvennykh i chastnykh meditsinskikh uchrezhdeniy [Features of burnout syndrome in medical workers of public and private medical institutions]. *Vestnik YUURGU. Seriya «Psihologiya»* [Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology"]. 2018. Vol. 11, N 4. Pp. 61–72. DOI:10.14529/psy180407 (In Russ.)

15. Aguilar-Nájera O., Zamora-Nava L.E., Grajales-Figueroa G. [et al.] Prevalence of burnout syndrome in gastroenterologists and endoscopists: results of a national survey in Mexico. *Postgraduate Medicine*. 2020. Vol. 132, N 3. Pp. 275–281. DOI:10.1080/00325481.2019.1707486

16. Aronsson G., Theorell T., Grape T. [et al.] A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017. Vol. 17, N 1. P. 13. DOI:10.1186/s12889-017-4153-7

17. Chiron B., Michinov E., Olivier-Chiron E. [et al.] Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *Health Psychology*. 2010. Vol. 15, N 6. Pp. 948–958. DOI:10.1177/1359105309360072

18. Gan Y., Jiang H., Li L. [et al.] Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19, N 1. P. 1607. DOI:10.1186/s12889-019-7755-4

19. Halliday L., Walker A., Vig S. [et al.] Grit and burnout in UK doctors: a cross-sectional study across specialties and stages of training. *Postgraduate Medical Journal*. 2017. Vol. 93 (1101). Pp. 389–394. DOI:10.1136/postgradmedj-2015-133919

20. Makara-Studzińska M., Madej A., Cyrank K. [et al.] Psychiatrists and occupational burnout syndrome – a phenomenon, a problem, a threat? *Psychiatria polska*. 2019. Vol. 53, N 5. Pp. 1139–1149 DOI:10.12740/pp/onlinefirst/91686

21. Leszczyński P., Panczyk M., Podgórski M. Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2019. Vol. 26, N 1. Pp. 114–119. DOI:10.26444/aaem/94294.

22. Shaikh A.A., Shaikh A., Rajesh D. [et al.] Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Cureus*. 2019. Vol. 11, N 2. e4101. DOI:10.7759/cureus.4101

23. Sterud T., Hem E., Lau B., Ekeberg O. A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *J. Occup. Med. Toxicol*. 2011. Vol. 6, N 1. P. 10. DOI:10.1186/1745-6673-6-10.

Received 01.09.2021

For citing. Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G. Sindrom profesionalnogo vygoraniya u feldsherov skoroy medicinskoj pomoshhi // *Vestnik psikhoterapii*. 2021. № 79. Pp. 105–121. (In Russ.)

Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G. Professional burnout of ambulance paramedic. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. № 79. Pp. 105–121.

УДК 615.85

О.В. Николаева^{1,2}, Т.А. Караваева^{3,4,5,6}

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹ Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии (Россия, Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, 23а);

² Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (Россия, Чебоксары, Московский пр., 15);

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

⁵ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2);

⁶ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68).

✉ Николаева Ольга Владимировна – врач-кардиолог, Республикан. кардиолог. диспансер (Россия, 428000, г. Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, 23 А), ст. преподаватель каф. факульт. и госпит. терапии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: nikolvl9@mail.ru;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., рук. отд. лечения пограничных псих. расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), проф. каф. общей и прикладной психологии с курсом медико-биолог. дисциплин, С.-Петерб. гос. пед. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), вед. науч. сотр. науч. отд. инновац. методов терапевтической онкологии и реабилитации, Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68). e-mail: tania_kar@mail.ru.

В статье представлен опыт дифференциации системы психотерапевтических мишеней по итогам клинико-психологического исследования кардиохирургических больных трех клинических групп. Мишени дифференцированы с учетом потребностей кардиохирургических больных по четырем уровням – уровню психологических реакций личности на ситуацию операции, уровню ее психопатологических проявлений, уровню дисфункциональных характеристик личности и уровню специфики социального взаимодействия, а также подробно соотнесены с шестью этапами медико-психологического сопровождения. Все это позволило персонализировать программы и индивидуализировать маршруты медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных.

Ключевые слова: психотерапевтические мишени, медико-психологическое сопровождение, персонализированные программы, кардиохирургические больные.

Введение

Кардиохирургическое (КХ) лечение является одним из эффективных способов лечения угрожающих для жизни патологических состояний при сердечно-сосудистой патологии. В то же время оно считается сильным стрессовым событием для КХ пациента [6], в особенности если операция выполняется на «открытом» сердце [5]. С другой стороны, недооценка психологического состояния КХ больного [12, 17] может препятствовать нормальному восстановлению пациента после операции. В этой связи возрастает роль и значение психологической и психотерапевтической помощи больным [9], с учетом их индивидуально-личностных особенностей [16], специфики их клинико-психологического статуса [8].

Распространение персонализированного подхода в медицине предполагает реализацию индивидуализированных стратегий диагностики и лечения [15], что в системе психологической помощи наиболее полно соотносится с концепцией психотерапевтических мишеней [4]. Современные подходы к определению мишеней психотерапии определяют их в качестве клинико-психологического феномена, проявляемого в процессе психотерапии пациентом или предполагаемого психотерапевтом, на изменение которого на конкретном этапе психотерапевтического процесса непосредственно нацелено само психотерапевтическое воздействие [2, 3].

Целью настоящего исследования стала дифференциация системы психотерапевтических мишеней в рамках реализации персонализированных программ медико-психологической помощи КХ больным.

Материал и методы

Исследование проведено на базе регионального кардиологического диспансера в г. Чебоксары. Клинически и психологически исследованы

152 КХ пациента (средний возраст $59,95 \pm 9,66$ года, 61,18 % мужчин), поступивших в стационар для хирургического лечения сердечно-сосудистой патологии. По итогам клинико-психологического исследования сформированы три клинические группы – группа КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (69 чел., группа 1), группа КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (44 чел., группа 2), группа КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце (39 чел., группа 3).

Методы исследования – клинический метод, клинико-психологический метод (Опросник депрессивности Бека [14], Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн [11], Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо [13], Проективный тест враждебности Н.Г. Гаранян с соавт. [1], Тест жизнестойкости [10], Многомерная шкала восприятия социальной поддержки [18]), метод экспертных оценок, статистический анализ (описательная статистика, сравнение средних, сравнение пропорций, корреляции и др.).

Результаты

Из полученного массива клинико-anamnestических и клинико-психологических данных КХ больных на основе статистического выделения и экспертного оценивания специфических характеристик, в т.ч. психологических факторов избыточности и недостаточности, факторов риска и психологических ресурсов, а также принятой в данной работе типологии мишеней, для каждой клинической группы КХ пациентов дифференцированы психотерапевтические мишени четырех групп или уровней (см. таблицу). Как видно из таблицы, первый уровень мишеней определяется состоянием снижения психической адаптации пациентов в связи с особенностями реагирования на ситуацию КХ операции. В этой связи очевидна необходимость психологической работы с ожиданиями больного в отношении операции. Так, КХ больные третьей группы не ожидают значительных быстрых изменений после операции, а в большей степени озабочены возможностью неблагоприятного исхода после самой операции, что связано с выраженным страхом смерти. Больные первой группы, многие из которых имеют не очень позитивный опыт предшествующих операций на сердце, также нуждаются в работе по оптимизации ожиданий и повышению веры в возможность определенного клинического улучшения.

Здесь уже важно работать в русле повышения удовлетворенности жизнью, показывать пациенту значимость других, более сохранных сторон

жизни. Больные второй группы, находясь в клинически более тяжелом состоянии, не менее остро нуждаются в психотерапевтической работе с актуальными для них состояниями плохого физического самочувствия, пониженного настроения, нерезко выраженного страха смерти, а также – с послеоперационными ожиданиями, которые в некоторых случаях могут иметь нереалистично завышенный характер.

Дифференцированные психотерапевтические мишени в группах КХ больных

Группа мишеней	Содержание мишеней		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Психологические реакции на ситуацию операции	низкие ожидания от операции; сниженная вера в выздоровление; низкая удовлетворенность жизнью	высокие ожидания от операции; умеренный страх смерти; плохое самочувствие; сниженное настроение	умеренные ожидания от операции; выраженный страх смерти
Психопатологические проявления	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения, суицидальные мысли	депрессивные нарушения с соматическими и когнитивно-аффективными проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения, суицидальные мысли	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; когнитивные нарушения
Дисфункциональные характеристики личности	проявления враждебности; неприятие прошлого; склонность к фатализму; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого; неспособность находить радость в жизни; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого
Специфика социального взаимодействия	снижение социальной активности; ориентир на помощь близких	выраженный ориентир на помощь близких; снижение социальной активности	ориентир на помощь близких; снижение социальной активности

Работа с мишенями данного уровня не обязательно должна вестись только психотерапевтом или медицинским психологом. К ней также могут

присоединяться врач-кардиолог, врач – сердечно-сосудистый хирург, другие специалисты, вовлеченные в процесс оказания медицинской помощи больному. В таком случае может иметь место более выраженный положительный эффект.

Содержание мишеней уровня психопатологических проявлений предполагает слаженную работу команды специалистов во всех группах КХ больных над депрессивными, когнитивными, астено-невротическими, тревожными нарушениями, а также мыслями суицидального характера. Спектр мишеней в третьей группе КХ больных, в целом, повторяя общую структуру мишеней, имеет их иное распределение и меньше по общему количеству за счет отсутствия мишени с суицидальными проявлениями. На данном уровне мишеней психотерапевтическая работа и нейрореабилитационные вмешательства медицинского психолога обязательно сочетаются с фармакологической терапией, назначаемой врачом-психотерапевтом, врачом-неврологом, при необходимости – врачом-психиатром. При анализе депрессивных проявлений у КХ больных важно сохранять суицидальную настороженность, внимательно наблюдая за динамикой подобных переживаний.

Психотерапевтические мишени уровня дисфункциональных характеристик личности соответствуют тем клинико-психологическим паттернам, которые лежат в основе дезадаптивного поведения КХ больного, проявляющегося в нарушенном восприятии собственной личности, окружающего мира и своего места в этом мире. Данные характеристики, в зависимости от степени своей выраженности, могут относиться либо к психологическим факторам избыточности, либо к психологическим факторам недостаточности.

Выраженная враждебность, негативное отношение к прошлому, склонность к фатализму, неспособность находить радость в жизни, сниженная жизнестойкость – все это отражает, с одной стороны, доминирование у КХ больного иррациональных когнитивных установок, с другой стороны, нарушения в системе значимых отношений личности, что требует осознания, принятия и длительной психотерапевтической проработки в рамках индивидуальной или групповой терапии со специалистом.

Еще одним уровнем психотерапевтических мишеней у КХ больных является сфера социального взаимодействия, являющаяся важной стороной жизнедеятельности любого человека. Содержание данных мишеней определено на основании показателей уровня воспринимаемой социальной поддержки и социодемографических данных. Так, у большинства КХ

больных отмечено определенное снижение социальной и профессиональной активности в связи с имеющимся заболеванием, что может способствовать излишней фиксации пациентов исключительно на вопросах, связанных с болезнью. С другой стороны, с учетом высокого уровня социальной поддержки, уверенно демонстрируемой КХ больными, у них в дальнейшем не исключается риск формирования дезадаптивных состояний по типу синдрома выученной беспомощности.

Для профилактики указанного негативного направления развития личности КХ больных необходима организация психосоциальных мер превентивного воздействия [7], к проведению которых можно подключать как медицинских психологов, так и специалистов по социальной работе и социальных работников. Вполне оправданно, что больший объем подобной работы будет вестись в амбулаторных условиях, после выписки пациента из стационара.

Структурирование процесса медико-психологического сопровождения КХ больных на ряд последовательных клинических этапов (дооперационный амбулаторный, дооперационный стационарный, ранний послеоперационный, послеоперационный стационарный, послеоперационный реабилитационный, реабилитационный амбулаторный) также позволило соотнести выделенные психотерапевтические мишени с этапами сопровождения (рисунок).

Реализация задач каждого из шести клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных осуществляется за счет целенаправленного применения специальных методов, приемов, интервенций, направленных на дифференцированные психотерапевтические мишени. Часть мишеней может реализовываться в течение одного этапа, реализация других мишеней может продолжаться несколько этапов, в зависимости от успешности достижения ожидаемых результатов.

Персонализированная программа медико-психологического сопровождения КХ больного междисциплинарной бригадой специалистов начинает разрабатываться врачом-психотерапевтом совместно с медицинским психологом учреждения уже на начальном этапе сопровождения при первом знакомстве с пациентом.

В это время формируется стратегия программы сопровождения, которая ориентирована на успешную подготовку больного к хирургическому вмешательству, но в то же время она учитывает некоторые индивидуальные особенности пациента, ставшие известными специалистам. На послеоперационном стационарном этапе после получения результатов клиниче-

ского и психологического обследования пациента программа сопровождения уточняется, в нее вносятся дополнения с учетом специфики и выраженности клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов личности, психологических факторов недостоверности и психологических факторов избыточности.

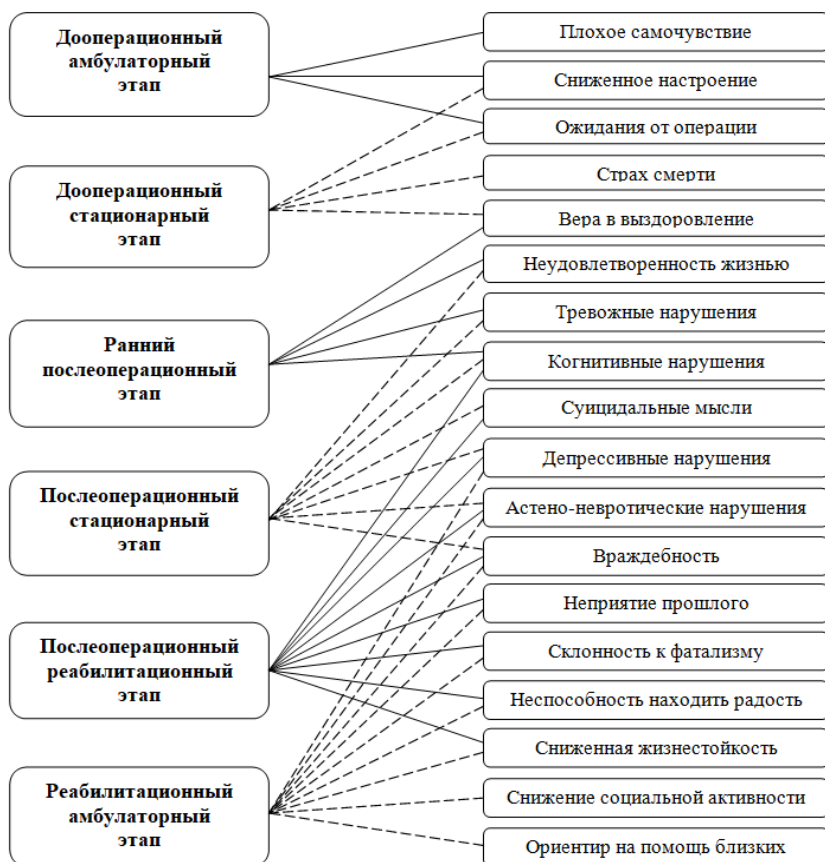


Рис. Соотнесение психотерапевтических мишеней с этапами медико-психологического сопровождения КХ больных

С учетом полученной первоначально клинико-anamnestической и психологической информации о пациенте определяются, а затем корректируются ключевые психотерапевтические мишени, ведущий метод, прием,

интервенция психологического воздействия, очерчивается круг вовлеченных в работу специалистов, применительно к каждому методу устанавливается индивидуальная или групповая форма работы, количество занятий и их продолжительность.

Дополнительно учитываются следующие факторы: наличие у пациента опыта предшествующих КХ операций, их успешность; наличие опыта работы с психологом или психотерапевтом; участие в программах кардиореабилитации, школах пациентов; готовность участвовать во всех этапах сопровождения; возможность продолжения прохождения программы по месту жительства; готовность участвовать в дистанционных формах работы. Все это позволяет проводить индивидуализацию маршрута персонализированной программы сопровождения.

На любом этапе медико-психологического сопровождения КХ больного в персонализированную программу и индивидуализированный маршрут могут вноситься коррективы с учетом изменившейся клинической или социальной ситуации пациента, его индивидуальных пожеланий, рекомендаций медицинских специалистов и других значимых факторов. В течение всех этапов сопровождения, в т.ч. во время завершающего реабилитационного амбулаторного этапа, пациент поддерживает регулярную связь с врачом-психотерапевтом или медицинским психологом, проходит периодические осмотры у врача-кардиолога в специализированном учреждении или по месту жительства.

Во время таких встреч с врачом-психотерапевтом и медицинским психологом оцениваются актуальное состояние пациента, характер динамики его психического и психологического состояния, приверженность терапии, степень соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни, необходимость корректировки персонализированной программы и маршрута медико-психологического сопровождения, а также – способность пациента самостоятельно справляться с текущими психологическими трудностями, успешность адаптации в ближайшем социальном окружении. При необходимости пациент проходит дополнительную психологическую диагностику, позволяющую оценить конкретные психологические параметры в соответствии с задачами текущего этапа сопровождения.

Заключение

Таким образом, в данной работе по итогам клинико-психологического исследования КХ больных трех клинических групп представлен опыт дифференциации системы психотерапевтических мишеней, которая позво-

ляет персонализировать программы медико-психологического сопровождения для пациентов данного профиля. Мишени дифференцированы с учетом потребностей КХ больных по четырем уровням – уровню психологических реакций личности на ситуацию операции, уровню ее психопатологических проявлений, уровню дисфункциональных характеристик личности и уровню специфики социального взаимодействия, а также подробно соотнесены с шестью этапами медико-психологического сопровождения. Персонализированный характер психологических программ позволяет проводить индивидуализацию маршрутов медико-психологического сопровождения КХ больного.

Литература

1. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: направления междисциплинарных исследований: материалы научной конференции. – М., 2003. – С. 100–114.
2. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.
3. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В. [и др.] Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств / Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева – 2017. – Т. XLIX, № 2. – С. 31–36.
4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 42–51.
5. Киселева М.Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2012. – 210 с.
6. Ключев В.М., Яковлев В.Н., Маньков Ю.У. Клинико-функциональные результаты аортокоронарного шунтирования больных ишемической болезнью сердца и их медицинская реабилитация // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 6. – С. 30–35.
7. Николаев Е.Л. Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2007. – № 3. – С. 8–49.
8. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. – 2010. – № 4. – С. 164–170.

9. Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психоэмоциональных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 86–90.

10. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости // Организационная психология. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 42–60.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. Ч. 1. Практич. руководство. – М., 2010. – 224 с.

12. Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 175–196.

13. Сырцова А. Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Зимбардо по временной перспективе // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 85–106.

14. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер. – 2001. – 272 с.

15. Artzi N. Materializing Personalized Medicine [Электронный источник] // Adv Mater. – 2020. – Vol. 32 (13). – e1908065. doi: 10.1002/adma.201908065. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32237118/> (дата обращения: 15.06.2021).

16. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // International Journal of Person Centered Medicine. – 2011. – Vol. 1, № 3. – P. 482–485.

17. Pruteanu L.M. Predictors of postsurgical stress among cardiac patients // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. – 2014. – Vol. 118 (2). – P. 508–513.

18. Zimet G.D., Dahlem N.W. Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support // Journal of Personality Assessment. – 1988. – Vol. 52. – P. 30–41.

Поступила 12.08.2021

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

Для цитирования. Николаева О.В., Караваяева Т.А. Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 121–133.

PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS AND PERSONALIZED PROGRAM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CARDIAC SURGICAL PATIENTS

Nikolaeva O.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{3,4,5,6}

¹ Republican Cardiology Dispensary of the Health Ministry of Chuvashia
(F. Gladkov Str., 23 A, Cheboksary, Russia);

² Ulianov Chuvash State University (Moskovsky Ave., 15, Cheboksary, Russia);

³ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology
(Bekhtereva Str. 3, St. Petersburg, Russia);

⁴ Saint-Petersburg State University
(Universitetskaya Emb., 7–9, St. Petersburg, Russia);

⁵ St. Petersburg State Pediatric Medical University
(Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, Russia);

⁶ N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology
(Leningradskaya Str., 68, Pesochny settlement, St. Petersburg, Russia).

✉ Olga Vladimirovna Nikolaeva – cardiologist of the Republican Cardiological Dispensary (F. Gladkov Str., 23 A, Cheboksary, 428000, Russia); senior lecturer of the Department of Faculty and Hospital Therapy, Ulianov Chuvash State University (Moskovsky Ave. 15, Cheboksary, 428015, Russia); e-mail: nikolvl9@mail.ru;

Tatyana Arturovna Karavaeva – Dr. Med. Sci., Chief Researcher, Head of the Department for Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Bekhtereva Str. 3, St. Petersburg, 192019, Russia); Prof. of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University (St. Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9, St. Petersburg, 199034, Russia); Prof. of the Department of General and Applied Psychology with a course in biomedical disciplines, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia); Leading Researcher of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology (Leningradskaya Str., 68, Pesochny settlement, St. Petersburg, 197758, Russia); e-mail: tania_kar@mail.ru.

Abstract. The article presents the experience of differentiation based on the results of a clinical and psychological study of cardiac surgery patients from three clinical groups of the psychotherapeutic target system. The targets are differentiated taking into account the needs of the cardiac surgery patients according to four levels - the level of psychological reactions of the individual to the situation of the operation, the level of its psychopathological manifestations, the level of dysfunctional characteristics of the personality and the level of specificity of social interaction, and are also correlated in detail with six stages of medical and psychological support. This made it possible to personalize the programs and individualize the routes of medical and psychological support for cardiac surgery patients.

Keywords: psychotherapeutic targets, medical and psychological support, personalized programs, cardiac surgery patients.

References

1. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Vrazhdebnost kak lichnostnyy faktor depressii i trevogi [Hostility as a personal factor in depression and anxiety]. *Psikhologiya: napravleniya mezhdistsiplinarnykh issledovaniy: materialy*

nauchnoy konferentsii [Psychology: directions of interdisciplinary research: proceedings of a scientific conference]. Moskva. 2003. Pp. 100–114. (In Russ.).

2. Karavaeva T.A. Osnovnye tendentsii izmeneniya psikhoterapevticheskikh i reabilitatsionnykh strategiy pri lechenii nevroticheskikh rasstroystv [The main trends of psychotherapeutic and rehabilitation strategies in the treatment of neurotic disorders]. *Obozrenie psikhiiatrii i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 3. Pp. 71–74. (In Russ.).

3. Karavaeva T.A., Mikhaylov V.A., Vasileva A.V. [et al.] Razrabotka kompleksnoy personalizirovannoy programmy korrektsii dissonnicheskikh narusheniy v strukture nevroticheskikh rasstroystv [Development of a comprehensive personalized program for the correction of dyssomnic disorders in the structure of neurotic disorders]. *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva* [Neurological Bulletin. Journal named after V.M. Bekhterev]. 2017. Vol. XLIX, N 2. Pp. 31–36. (In Russ.).

4. Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V. Printsipy i algoritmy psikhoterapii trevozhnykh rasstroystv nevroticheskogo urovnya (trevozhno-fobicheskikh, panicheskogo i generalizovannogo trevozhnogo rasstroystv) [Principles and algorithms of psychotherapy for anxiety disorders of the neurotic level (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder)]. *Obozrenie psikhiiatrii i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2016. N 4. Pp. 42–51. (In Russ.).

5. Kiseleva M.G. Vliyanie individualno-psikhologicheskikh osobennostey patsientov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami na effektivnost' psikhologicheskogo soprovozhdeniya posleoperatsionnogo vosstanovleniya [Influence of individual psychological patients with cardiovascular diseases on the effectiveness of psychological support of postoperative recovery] : dis. ... PhD Psychol. Sci. Moskva. 2012. 210 p. (In Russ.).

6. Klyuzhev V.M., Yakovlev V.N., Man'kov Yu.U. Kliniko-funksional'nye rezultaty aortokoronarnogo shuntirovaniya bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa i ikh meditsinskaya reabilitatsiya [Clinical and functional results of coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease and their medical rehabilitation]. *Voенно-медитсинский журнал* [Military Medical Journal]. 1993. N6. Pp. 30–35. (In Russ.).

7. Nikolaev E.L. Sovremennyye napravleniya issledovaniya pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv [Modern directions of research of borderline mental disorders]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia]. 2007. N 3. Pp. 8–49. (In Russ.).

8. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. Kliniko-psikhologicheskiy diskurs issledovaniy zdorov'ya [Clinical and psychological discourse of health research]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University]. 2010. N 4. Pp. 164–170. (In Russ.).

9. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. Kriz? Ataka? Nevroz? Klinicheskiy sluchay pristupa psikhovegetativnykh narusheniy v kardiologicheskom statsionare [Crisis? Attack? Neurosis? A clinical case of an attack of psychovegetative disorders in a cardiological hospital]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2009. N 30 (35). Pp. 86–90. (In Russ.).

10. Osin E.N. Faktornaya struktura kratkoy versii Testa zhiznestoykosti [Factor structure of the short version of the Test of vitality]. *Organizatsionnaya psikhologiya* [Organizational psychology]. 2013. Vol. 3, N 3. Pp. 42–60. (In Russ.).

11. Rubinshteyn S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikologii i opyt ikh primeneniya . Ch. 1. Praktich. Rukovodstvo [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application. Part 1. Practical. Management]. Moskva. 2010. 224 p. (In Russ.).

12. Sirota N. A., Sivakova O. V., Yaltonskiy V. M. Dinamika faktorov riska za-bolevaniy serdtsa pod vliyaniem distantsionnogo mediko-psikhologicheskogo konsul-tirovaniya [Dynamics of risk factors for cardiovascular diseases of additional medical and psychological counseling]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Coun-seling psychology and psychotherapy]. 2019. Vol. 27, N. 3. Pp. 175–196. (In Russ.).

13. Syrtsova A. Sokolova E.T., Mitina O.V. Metodika Zimbardo po vremennoy perspektive [Zimbardos method of time perspective]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2007. N. 1. Pp. 85–106. (In Russ.).

14. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 272 p. (In Russ.).

15. Artzi N. Materializing Personalized Medicine. *Adv Mater.* 2020. Vol. 32, № 13. e1908065. doi: 10.1002/adma.201908065. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32237118/>

16. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psy-chotherapy. *International Journal of Person Centered Medicine.* 2011. Vol. 1, N 3. P. 482–485.

17. Pruteanu L.M. Predictors of postsurgical stress among cardiac patients. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2014. Vol. 118 (2). P. 508–513.

18. Zimet G.D., Dahlem N.W. Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment.* 1988. Vol. 52. P. 30–41.

Received 12.08.2021

For citing. Nikolaeva O.V., Karavaeva T.A. Psihoterapevticheskie misheni i personalizirovannaya programma mediko-psihologicheskogo soprovozhdeniya kardio-hirurgicheskikh bolnyh // *Vestnik psikhoterapii.* 2021. № 79. Pp. 121–133. (In Russ.)

Nikolaeva O.V., Karavaeva T.A. Psychotherapeutic targets and personalized program of medical and psychological support of cardiac surgical patients. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2021. № 79. Pp. 121–133.

СТРУКТУРА САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина
(Россия, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10)

Проведено исследование структуры самоотношения подростков, склонных к интернет-аддикции. В качестве контрольной группы были взяты подростки, склонные к никотиновой зависимости, и подростки, не склонные к аддикциям. Полученные эмпирические данные свидетельствуют о том, что структура самоотношения у подростков, склонных к интернет-аддикции, имеет более негативный характер, в сравнении с испытуемыми, склонными к никотиновой зависимости, и испытуемыми без аддикций. Такие подростки отличаются большей неудовлетворенностью собой и своими возможностями, низкой саморегуляцией, неприятием себя, негативными ожиданиями от социума.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, интернет-аддикция, аддикции, самоотношение, Я-образ, подростковый возраст.

Введение

Современное общество идет по пути техногенного развития. Молодое поколение активно использует в своей жизни новейшие достижения науки, не представляя свою жизнь без возможностей, которые ими предоставляются. Одним из таких значимых достижений является интернет, который в последнее время становится новой виртуальной реальностью, целым миром, особенно для молодого поколения.

Подростки активно познают мир и находят в интернете практически все ответы на свои вопросы, любую интересующую их информацию, которая может быть как полезной, так и приносящей вред. Социальные сети

✉ Загорная Елена Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Вьюшкова Светлана Сергеевна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Капитанаки Вероника Евгеньевна – аспирант, ст. препод. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: eversmilea@gmail.com.

стали платформой, где происходит общение молодых людей, там можно найти себе единомышленников, быть той личностью, которой невозможно стать в реальности, обрести экстраординарные способности. Свобода, которая дается в интернете молодым людям, несет в себе опасность, а именно грозит подменой реальности и истинных целей в жизни, проблемами персонификации (наделение компьютерной системы человеческими качествами и формирования человеком субъект-субъектных отношений с ней) и идентификации себя в обществе, вследствие чего наносится вред здоровому формированию личности. Подросток имеет неограниченную аудиторию для потенциального общения и большие возможности для самовыражения. Еще одной серьезной опасностью является то, что зависимость от сети значительно увеличивает риски коммуницирования с киберпреступниками, психически больными людьми со злыми умыслами, которые выдают себя за сверстников, настаивают на общении и встрече, воздействуя на неокрепшую психику подростка.

Подростки слабо защищены от информационного воздействия и наиболее восприимчивы к тому, что они видят на просторах всемирной сети. Для подростка в первую очередь опасен неконтролируемый доступ к опасной для психики информации [2]. Подростковый возраст – один из самых уязвимых периодов жизни человека. Подростки – специфическая социально-демографическая группа. Активное физическое, половое, психическое и социальное формирование сопровождается увеличением стремления к самоутверждению, самопознанию. Эти потребности удовлетворяются за счет различного рода коммуникативных практик, где подросток самореализуется, начиная гораздо больше времени проводить в среде сверстников, чем это было раньше. В настоящее время роль семьи как социализирующего фактора теряет свое прежнее значение и отступает на второй план [1]. Подростковый возраст связан со значительными преобразованиями в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношений индивида. В этот период происходит активное формирование самоотношения. И в данных обстоятельствах здесь на здоровое формирование самоотношения оказывает влияние возникающая интернет-аддикция [1].

По последним статистическим данным, ученики средних и старших классов посвящают много свободного времени скачиванию музыки, загрузке фотографий, общению с друзьями в социальных сетях (Facebook, ВКонтакте и т.д.). Их количество увеличивается в зависимости от возраста: 14,1 % – 11 лет, 25,8 % – 13 лет, 33,7 % – 15 лет. Результаты различны и в зависимости от пола: 26,8 % – мальчики, 21,9 % – девочки. Россий-

ские дети проводят в Интернете значительно больше времени, чем представители молодого поколения во многих странах Европы и США. Такие данные «Лаборатория Касперского» получила в результате исследования «Растим детей в эпоху Интернета». В данном исследовании приняли участие 3780 семей с детьми от 8 до 16 лет из разных стран мира, в том числе 540 семей из России. Выяснилось, что больше половины детей в России (58 %) скрывают свои нежелательные для родителей активности в Сети. Причем если в 8-10 лет так поступают 45 % опрошенных, то среди 14-16-летних количество таких пользователей вырастает до 65 %. Некоторые родители замечают, что дети что-то скрывают, но крайне редко узнают, когда они утаивают что-то действительно серьезное. Согласно исследованию, почти в 92 % случаях подростки успешно скрывают потенциально опасные активности, например, просмотр не подходящего по возрасту контента, общение с опасными незнакомцами или участие в онлайн-травле [6].

Терминология интернет-зависимости не полностью сформировалась. В литературе используются термины «зависимость от интернета», или «интернет-аддикция» (Internet Addiction Disorder, или IAD, Internet Behavior Dependency), а также «избыточное / патологическое применение интернета» (Internet Overuse, Pathological Internet Use, Internet Abuse). Сам термин «интернет-зависимость» предложил А. Голдберг в 1995 г. [4]. Применяемые для описания патологического влечения к использованию интернета диагностические критерии расстройства соответствуют критериям DSM-IV для нехимических зависимостей: использование компьютера вызывается стрессом, а также наносит ущерб физическому, психологическому, межличностному, семейному, экономическому или социальному статусу. Однако в последнем руководстве DSM интернет-зависимость приведена в разделе III «Conditions for Further Study» как расстройство, требующее дальнейшего изучения [7].

В другой работе А. Голдберг характеризует интернет-аддикцию как явление, которое пагубно влияет на бытовую, учебную, социальную, профессиональную, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности. А. Голдберг склонен использовать термин «патологическое использование компьютера» (PCU – pathological computer use). М. Орзак выделила психологические и физиологические симптомы, характерные для PCU [5]. К психологическим она отнесла: – хорошее самочувствие или эйфорию за компьютером; – невозможность остановиться, увеличение количества времени, проведенного за компьютером; – пренебрежение

родственными и дружескими обязанностями, связями; – ощущение пустоты, депрессии, раздражения вне компьютера; – сокрытие правды от работодателей или членов семьи о своей деятельности за компьютером, проблемы с работой или учебой. К физиологическим: – поражения нервных стволов руки, обусловленное длительным перенапряжением мышц; – сухость в глазах, головные боли по типу мигрени; – боли в спине, нерегулярное питание, пропуск приемов пищи; – пренебрежения личной гигиеной, нарушение сна, изменение режима сна. Сейчас понятие PCU употребляется в связи с более широкой категорией расстройств, а термин «интернет-зависимость» используется для обозначения патологического использования компьютера для вовлечения в социальные взаимодействия.

Критериями интернет-аддикции, разработанными американскими врачами, входящими в «группу поддержки зависимых от интернета The Internet Addiction Support Group», являются: повышение толерантности во время «сетевых путешествий», снижение настроения при невозможности нахождения в сети, появление эмоционального подъема во время входа в интернет. При отсутствии интернета у зависимых проявляются: психомоторное возбуждение, тревога, неудержимое желание облегчить свое состояние путем выхода в интернет, преобладание фантазий и мечтаний об интернете, навязчивое постукивание пальцами по твердой поверхности, имитирующей клавиатуру.

Часто за проявлениями зависимости от интернета скрываются другие аддикции, или она выступает вторичным симптомом других отклонений.

Актуальность исследования этой проблемы становится все более очевидной в связи с ростом количества пользователей компьютеров и интернета во всем мире. Это обусловлено несоответствием стремительных темпов развития интернета и научного анализа негативных последствий этого процесса, активного интернет-усвоения. Суть проблемы заключается в неспособности людей, особенно детей и подростков, защитить свое психическое здоровье от постороннего влияния. Распространение этой проблемы несет социальную опасность, поэтому так важно развивать научные представления о наиболее типичных формах проявления, факторах риска и негативных последствиях для личности подростка чрезмерного увлечения компьютером [3].

Целью исследования явилось изучение структуры самоотношения у лиц подросткового возраста, склонных к интернет-аддикции. В гипотезе предполагалось, что подросткам, склонным к интернет-аддикции, присущ более негативный характер структуры самоотношения, в отличие от под-

ростков, склонных к никотиновой зависимости и не склонных к аддиктивному поведению.

Материал и методы

Исследование проходило в 2018 г. на базе муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Гимназия №1». Была сформирована выборка из 75 человек, которую составили ученики девятых классов. Возраст испытуемых был выбран в диапазоне от 15 до 16 лет. В исследовании приняло участие 40 девушек и 35 юношей. Из данных об учениках, которые были получены от классных руководителей, было установлено, что все 75 человек живут в полных семьях, хорошо обеспеченных, благополучных.

Для исследования самоотношения подростков, склонных к интернет-аддикции, использовались следующие методики:

– «Шкала интернет-зависимости С. Чена (CIAS)», при помощи которой выявляются специфические показатели интернет-зависимости (толерантность, симптом отмены, компульсивность), а также измеряются исключительно психологические аспекты (способность управлять собственным временем и наличие внутриличностных проблем);

– «Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн» в модификации А.М. Прихожан, направленная на изучение уровня самооценки и притязаний;

– «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ)», являющийся сокращённым вариантом ММРІ, направленный на исследование основных свойств личности;

– «Методика исследования самоотношения (МИС)» С. Р. Пантилеева, выявляющая структуру самоотношения личности;

– «Методика диагностики склонности на 13 видов зависимостей» Г.В. Лозовой выявляет склонность человека к некоторым видам аддикций;

– опросник «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» А.Н. Орёл.

Для оценки состояния аддикции в выборке была применена «Шкала интернет-зависимости С. Чена (CIAS)» и «Методика диагностики склонности на 13 видов зависимостей» Г.В. Лозовой. В исследуемой выборке у 25 подростков была выявлена склонность к никотиновой аддикции, поэтому выборка была поделена на 3 группы:

- не склонные к аддикциям – 25 человек;
- склонные к интернет-аддикции – 25 человек;

– склонные к никотиновой аддикции – 25 человек.

Для оценки статистически достоверных различий по измеренным показателям в трех исследуемых группах был применен критерий Краскелла-Уоллиса. С целью определения взаимосвязей между показателями методики представителей трех исследуемых групп был применен метод линейной корреляции Пирсона. Математико-статистическая обработка результатов исследования была осуществлена с помощью редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2010, а также программы для статистической обработки данных SPSS Statistics.

Результаты и их анализ

Испытуемые, склонные к интернет-аддикции, в сравнении с испытуемыми, склонными к никотиновой аддикции, и подростками без аддикций (табл.1), обладают менее выраженными сторонами самоотношения, такими как: самоуверенность, саморуководство, самообвинение, отраженное самоотношение, самооценność. В данной группе высоко проявлено самоотношение в области внутренней конфликтности (68 %). Низкая выраженность установлена в области отраженного самоотношения (64 %) и самооценности (52 %).

Таблица 1
Результаты сравнительного анализа по методике «Исследование самоотношения (С.Р. Пантеев)»

Показатель	Группа 1. Без склонности к аддикции	Группа 2. Склонные к никотин. аддикции	Группа 3. Склонные к интернет- аддикции	χ^2	Уровень досто- верности
	Средний ранг	Средний ранг	Средний ранг		
Внутренняя честность	30,72	48,20	35,08	8,89	p < 0,05
Самоуверенность	51,18	41,96	20,86	25,83	p < 0,001
Саморуководство	49,42	47,48	17,10	35,18	p < 0,001
Отраженное самоотношение	54,78	45,36	13,86	49,06	p < 0,001
Самоценность	51,00	48,86	14,14	45,62	p < 0,001
Самопринятие	41,20	51,92	20,88	26,50	p < 0,001
Самопривязанность	36,98	43,40	33,62	2,69	p > 0,05
Внутренний конфликт	23,08	45,70	45,22	17,75	p < 0,001
Самообвинение	30,40	28,16	55,44	24,46	p < 0,001

Более низкие показатели по шкале «самоуверенность» у основной группы свидетельствуют о неудовлетворенности собой и своими возможностями, о сомнениях в способности вызывать уважение у окружающих и о внутреннем напряжении. Более низкие показатели по шкале «самоценность» означают большую склонность к потере интереса к своему внутреннему миру, сомнению в ценности своего Я. Испытуемые, склонные к интернет-аддикции, имеют более низкий результат по шкале «саморуководство», что свидетельствует о более слабой саморегуляции, размытом фокусе Я, подвластности обстоятельствам. Также у склонных к интернет-аддикции, в сравнении с контрольными группами, более низкий результат по шкале «отраженное самоотношение», что говорит о наличии у них негативных ожиданий, отношения, критики и неприятия от окружающих по отношению к себе. В основной группе получены значимо более высокие значения по шкале самообвинение, что свидетельствует о том, что респонденты основной группы недооценивают себя, обнаруживают в себе множество недостатков, склонны винить себя в возникновении неприятных событий.

Испытуемые, склонные к интернет-аддикции, имеют более низкую самооценку (табл. 2), недооценивают свои способности, более закомплексованы, менее удовлетворены своими физическими данными, а также не считают нужным самосовершенствоваться духовно и физически. Заниженная самооценка свойственна 52 % испытуемым группы интернет-аддиктов, в то время как заниженный уровень притязаний выявлен у 72 %.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа по «Методике диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн»

Показатель	Группа 1. Без склонности к аддикции	Группа 2. Склонные к никотин. аддикции	Группа 3. Склонные к интернет- аддикции	χ^2	Уровень достовер- ности
	Средний ранг	Средний ранг	Средний ранг		
Характер (СО)	54,10	44,12	15,78	41,68	p < 0,001
Характер (УП)	47,30	51,58	15,12	41,92	p < 0,001
Ум (СО)	52,64	43,32	18,04	33,87	p < 0,001
Ум (УП)	50,82	47,72	15,46	40,53	p < 0,001
Способности (СО)	54,38	41,42	18,20	35,47	p < 0,001
Способности (УП)	51,06	47,72	15,22	41,38	p < 0,001

Показатель	Группа 1. Без склонности к аддикции	Группа 2. Склонные к никотин. аддикции	Группа 3. Склонные к интернет- аддикции	χ^2	Уровень достовер- ности
	Средний ранг	Средний ранг	Средний ранг		
Авторитет (СО)	48,70	45,64	19,66	26,90	p < 0,001
Авторитет (УП)	48,64	49,00	16,36	37,06	p < 0,001
Внешность (СО)	53,46	42,00	18,54	33,66	p < 0,001
Внешность (УП)	51,06	46,22	16,72	36,54	p < 0,001
Уверенность (СО)	52,64	43,50	17,86	34,56	p < 0,001
Уверенность (УП)	52,42	45,98	15,60	41,03	p < 0,001
Самооценка интегр.	54,82	43,82	15,36	43,66	p < 0,001
Уровень притязаний интегральн.	51,90	47,70	14,40	44,44	p < 0,001

Вероятно, подобный результат свидетельствует о том, что испытуемые реализуются и самосовершенствуются в виртуальном мире интернета.

Группа склонных к интернет-аддикции, в отличие от группы склонных к никотиновой аддикции и группы не склонных к аддикциям, в меньшей степени расположены проявлять агрессию и насилие (80 %, 32 %, 72 %, соответственно, обладают невыраженными тенденциями к агрессивному поведению), их самоконтроль поведения находится в норме, в отличие от группы склонных к никотиновой зависимости (84 % и 72 %, соответственно). Поскольку такие подростки склонны к самобичеванию, самообвинению (см. табл. 1), конфликтная ситуация может усиливать негативное отношение к себе, так как велика вероятность появления чувства собственной вины в ее возникновении. Поэтому, чтобы избежать психоэмоционального напряжения, такие подростки любой ценой уходят от конфликтов (табл. 3).

Испытуемые, склонные к интернет-аддикции, имеют более выраженный профиль личности (табл.4), потому как практически по всем показателям шкал были выявлены значимые различия. Однако, результаты по шкалам не выходят за пределы нормы (70 Т-баллов).

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа по опроснику «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел)

Показатель	Группа 1 Без аддикций	Группа 2 Склонные к никотин. аддикции	Группа 3 Склонные к интернет- аддикции	χ^2	Уровень досто- верности
	Средний ранг	Средний ранг	Средний ранг		
Склонность к преодолению норм и правил	23,98	49,22	40,80	17,57	p < 0,001
Склонность к аддитивному поведению	15,46	45,32	53,22	41,97	p < 0,001
Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	45,82	46,72	21,46	21,85	p < 0,001
Склонность к агрессии и насилию	33,36	54,80	25,84	23,91	p < 0,001
Волевой контроль эмоциональных реакций (обратная)	32,00	47,24	34,76	7,02	p < 0,05

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа по методике исследования личности (СМОЛ)

Показатель	Группа 1. Без аддикций	Группа 2. Склонные к никотин. аддикции	Группа 3. Склонные к интернет- аддикции	χ^2	Уровень досто- верности
	Средний ранг	Средний ранг	Средний ранг		
Шкала L	36,88	38,88	38,24	0,13	p > 0,05
Шкала K	35,20	40,14	38,66	0,70	p > 0,05
Шкала F	30,18	38,50	45,32	6,17	p < 0,05
Шкала Hs	36,54	38,98	38,48	0,17	p > 0,05
Шкала D	32,36	30,34	51,30	14,25	p < 0,001
Шкала Hy	26,80	36,04	51,16	16,03	p < 0,001
Шкала Pd	23,10	40,14	50,76	20,72	p < 0,001
Шкала Pa	35,32	43,42	35,26	2,40	p > 0,05
Шкала Pt	27,44	34,06	52,50	17,88	p < 0,001
Шкала Shc	24,92	34,82	54,26	23,60	p < 0,001
Шкала Ma	30,46	29,76	53,78	20,00	p < 0,001

Установлено, что в группе склонных к интернет-аддикции существуют прямые и обратные связи между показателями интернет-зависимости и выраженностью компонентов самооотношения. Чем выше общая интернет-зависимость, тем сильнее переживание внутреннего конфликта ($r = 0,447, p \leq 0,05$). Эта связь усиливается и таким компонентом интернет-зависимости, как проблемы с управлением временем ($r = 0,494, p \leq 0,05$). Компульсивные симптомы снижают отраженное самооотношение интернет-аддиктов ($r = -0,414, p \leq 0,05$) и сопровождаются снижением склонности к саморазрушающему поведению ($r = -0,510, p \leq 0,01$), а внутриличностные проблемы способствуют ее повышению ($r = 0,405, p \leq 0,05$). Толерантность к интернет-зависимости усиливает самоуверенность интернет-аддиктов ($r = 0,474, p \leq 0,05$).

Заключение

Исходя из данных результатов, можно сказать, что испытуемые, склонные к интернет-аддикции, демонстрируют более негативное отношение к себе. Они отличаются завышенными требованиями к себе, что нередко приводит к конфликту между «Я»-реальным и «Я»-идеальным, между уровнем притязаний и фактическими достижениями, к признанию своей малоценности.

Поскольку проблема интернет-аддикции является относительно новой, то эта тема активно разрабатывается. Иностраные исследования данного феномена ведутся свыше 20 лет, постоянно растет количество научных изысканий, рассматривающих интернет-зависимое поведение с различных точек зрения. Необходимо и дальше изучать указанную проблематику, так как прогресс не стоит на месте, и вот уже созданы очки виртуальной реальности, которые несут в себе еще более страшную опасность, так как полностью заменяют даже ощущения.

Основываясь на полученных данных, целесообразно рекомендовать в общеобразовательных школах, а также в других учреждениях для подростков периодически осуществлять психодиагностические срезы, которые бы выявляли подростков, находящихся в группе риска, обладающих низким уровнем самооценки и негативным характером структуры самооотношения. С такими подростками необходимо осуществлять психологическую работу, направленную на профилактику формирования интернет-зависимости и сокращение излишнего времени, проведенного в интернете.

Психологические тренинги, направленные на раскрытие своего потенциала, принятие своего Я и повышение уровня самооценки своей лич-

ности, будут также способствовать преодолению формирования зависимо-го поведения подростков группы риска.

Литература

1. Гришина А.В. Психологические факторы игровой компьютерной зависимости в младшем подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Известия РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – № 88. – С. 77–81. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11690304> (дата обращения: 03.04.2021)
2. Корытникова Н.В. Интернет-зависимость и депривация в результате виртуальных взаимодействий // Социологические исследования. – 2010. – № 6. – С. 70–79.
3. Малышев И.В. Особенности интернет-аддикции у учащихся и студентов в современных условиях // Страховские чтения. – 2018. – № 26. – С. 201–206.
4. Goldberg I. Internet addiction disorder [Электронный ресурс] // Retrieved November. – 1996. – 2004. – № 24 URL: <http://web.urz.uniheidelberg.de/Netzdienste/anleitung/wwwtips/8/addict.html>. (дата обращения)
5. Orzack M.H. Computer addiction: What is it. // Psychiatric Times– 1998. – Vol. 15, № 8. – Pp. 34–38.
6. <https://sciencetorum.ru/2015/article/2015009699> [Электронный ресурс] – URL: www.kaspersky.ru (дата обращения 03.06.2021)
7. Jerald J., Block M.D. Issues for DSM-V: Internet Addiction // American Journal of Psychiatry. – 2008. – Vol. 165, № 3 [Электронный ресурс] // URL:<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.07101556>. (дата обращения 23.07.2021)

Поступила 20.05.2021

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

Для цитирования. Загорная Е.В., Вьюшкова С.С., Капитанаки В.Е. Структура самооотношения подростков, склонных к интернет-аддикции // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 134–146.

THE STRUCTURE OF THE SELF-ATTITUDE OF ADOLESCENTS PRONE TO INTERNET ADDICTION

Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E.

Pushkin State Leningrad University
(Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, Russia)

✉ Elena Vladimirovna Zagornaya – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. Of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad

University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Svetlana Sergeevna Vyushkova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: eversmilea@gmail.com;

Veronica Evgenievna Kapitanaki – PhD Student, Senior Lecturer of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: eversmilea@gmail.com.

Abstract. The study of the structure of self - attitude of adolescents prone to Internet addiction was carried out. As a control group, adolescents who are prone to nicotine addiction and adolescents who are not prone to addictions were taken. The empirical data obtained indicate that the structure of self-attitude in adolescents prone to Internet addiction has a more negative character, in comparison with subjects prone to nicotine addiction and subjects without addictions. Such teenagers are characterized by greater dissatisfaction with themselves and their capabilities, low self-regulation, self-rejection, negative expectations from society.

Keywords: clinical (medical) psychology, Internet addiction, addictions, self-attitude, Self-image, adolescence.

References

1. Grishina A.V. Psihologicheskie faktory igrovoj kompyuternoj zavisimosti v mladšem podrostkovom vozraste [Psychological factors of computer gaming addiction in younger adolescence]. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gercena* [Izvestiya RSPU named after A.I. Herzen]. 2008. N. 88. Pp. 77–81. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11690304> (In Russ.)
2. Korytnikova N.V. Internet-zavisimost i deprivaciya v rezultate virtualnyh vzaimodejstvij [Internet addiction and deprivation as a result of virtual interactions]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological research]. 2010. N 6. Pp. 70–79. (In Russ.)
3. Malyshev I.V. Osobennosti internet-addikcii u uchashhishya i studentov v sovremennyh usloviyah [Features of Internet addiction in students and students in modern conditions]. *Strahovskie chteniya* [Strahov readings]. 2018. N 26. Pp. 201–206 (In Russ.)
4. Goldberg I. Internet addiction disorder. Retrieved November. 1996. 2004. N 24 <http://web.urz.uniheidelberg.de/Netzdienste/anleitung/wwwtips/8/addict.html>.
5. Orzack M.H. Computer addiction: What is it. *Psychiatric Times*. 1998. Vol. 15, N 8. Pp. 34–38.
6. <https://sciencetorum.ru/2015/article/2015009699>. URL: www.kaspersky.ru
7. Jerald J., Block M.D. Issues for DSM-V: Internet Addiction. *American Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 165, N 3. URL: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.07101556>.

Received 20.05.2021

For citing. Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E. Struktura samootnosheniya podrostkov, sklonykh k internet-addikcii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 134–146. **(In Russ.)**

Zagornaya E.V., Vyushkova S.S., Kapitanaki V.E. The structure of the self-attitude of adolescents prone to internet addiction. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 134–146.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-14-19, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. Оформить подписку на 1 и 2 полугодие 2022 г. можно на сайте каталога «Пресса России» и агентства «Книга-Сервис» www.akc.ru и www.pressa-rf.ru. Журнал выпускается 4 раза в год.

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Английское название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений».

Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон 8-911-923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Степченко Екатерина Сергеевна.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 30.09.2021. Печать – цифровая.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Объем 9,38 п. л. Заказ 49123.