

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 80 (85)

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 80 (85)

St. Petersburg
2021

Editorial Board

V.S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Science Editor); S.G. Grigorev (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. Grigorev (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 НАРКОЛОГИЯ

Евдокимов В.И., Чернов Д.А.

Показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2020 гг.) 7

Слюсарев А.С., Козлов М.Ю., Ибрагимова Е.Н., Иваницкая Е.Д.

Роль ранних дезадаптивных схем в развитии тревожно-депрессивной симптоматики у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций 25

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Алёхин А.Н., Неберекутина Э.А.

Динамика психического состояния учащейся молодежи в условиях самоизоляции 39

Кобозев И.Ю., Золотенко В.А.

Влияние стрессоустойчивости на временную нетрудоспособность сотрудников органов внутренних дел 47

Кабанова Т.Н., Дубинский А.А.

Взаимосвязь личностных особенностей и профессионального стресса у представителей актерской профессии 54

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

Динамика формирования расстройств адаптации у военнослужащих по призыву 69

Кочеткова Е.П., Шереметьева И.И., Строганов А.Е.

Драма-ориентированная программа психологической коррекции в системе реабилитации пациентов с шизофренией на принудительном лечении 82

Леонтьева М.О., Гневышев Е.Н., Яковлев Е.В.

Психофизиологическая характеристика студентов с нарушением вегетативной регуляции в период обучения в вузе 97

Улюкин И.М., Сечин А.А., Рассохин В.В., Григорьев С.Г.,

Орлова Е.С.

Совладающее поведение и профессиональное выгорание у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 – инфекцию 106

Морозова Е.В., Алексанин С.С.

Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания 128

Информация о журнале 147

CONTENTS

PSYCHIATRY AND NARCOLOGY

Evdokimov V.I., Chernov D.A.

Mental disorders in officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2020) 7

Slusarev A.S., Kozlov M.Y., Ibragimova E.N., Ivanitskaya E.D.

The connection between early maladaptive schemas and anxiety-depressive symptoms which are observed in military men with impaired adaptive reactions 25

MEDICAL PSYCHOLOGY. CLINICAL PSYCHOLOGY

Alekhin A.N., Neberekutina E.A.

The dynamics of the mental state of student in conditions of self-isolation . 39

Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A.

Influence of stress resistance on temporary disability of police officers 47

Kabanova T.N., Dubinsky A.A.

Relationship of personal features and professional stress in representatives of the acting profession 54

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

Dynamics of adaptation disorders in conscripts 69

Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E.

Drama-oriented program of psychological correction in the rehabilitation system of patients with schizophrenia on compulsory treatment 82

Leonteva M.O., Gnevseyev E.N., Yakovlev E.V.

Psychophysiological characteristics of students with impaired autonomic regulation during their studies at the university 97

Ulyukin I.M., Sechin A.A., Rassokhin V.V., Grigoriev S.G.,

Orlova E.S.

Coping behavior and professional burn-out in young persons came through COVID-19 infection 106

Morozova E.V., Aleksanin S.S.

Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in the conditions of a disabling disease 128

Information about the Journal..... 147

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.68 : 613.67 (476)

В.И. Евдокимов^{1,3}, Д.А.Чернов²

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ОФИЦЕРОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (2003–2020 ГГ.)

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

² Гомельский государственный медицинский университет
(Республика Беларусь, Гомель, ул. Ланге, д. 5);

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2).

Цель – представить медико-статистические показатели и динамику психической заболеваемости офицеров ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. Изучили отчеты о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме З/МЕД воинских частей, в которых проходили службу около 80 % от общего числа офицеров ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. Соотнесли психическую заболеваемость офицеров с группами (блоками) психических расстройств и расстройств поведения, представленных в V классе Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). Рассчитали общепринятые медико-статистические показатели психической заболеваемости на 10 тыс. офицеров. Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В статье указаны средние арифметические показатели и ошибки средних величин ($M \pm m$). Динамику показателей изучили при помощи анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка. Среднегодовой уровень общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами в 2003–2020 гг. составил ($58,95 \pm 5,44$) на 10 тыс. офицеров, доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам МКБ-10 была 0,43 %, первичной заболеваемости – ($24,66 \pm 2,36$) и 0,35 % соответственно, госпитализации – ($13,89 \pm 1,50$) и 0,1 % соответственно, дней нетрудоспособности – ($315,9 \pm 47,1$) и 0,7 % соответственно, увольнения – ($2,33 \pm$

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ст. препод. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Чернов Денис Анатольевич – нач. воен. каф., Гомельский гос. мед. ун-т (Республика Беларусь, 246000, Гомель, ул. Ланге, д. 5), e-mail: chernov_denis78@mail.ru.

0,38) и 4,7 % соответственно. Полиномиальные тренды уровней перечисленных обобщенных видов заболеваемости при высоких коэффициентах детерминации показывали уменьшение данных. Отмечается также снижение доли психических расстройств в структуре видов заболеваемости офицеров по всем классам МКБ-10. Как и следовало ожидать, в структуре военно-эпидемиологической значимости нозологий для офицеров 1-й ранг занимали показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа по МКБ-10, 61,1 %), 2-й – неуточненных психических расстройств (11-я группа, 8,4 %), 3-й – расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, 6,6 %), 4-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа, 5,6 %), 5-й – расстройств настроения (аффективных расстройств) (4-я группа, 4,5 %). В сумме указанные группы составили 91,2 % от структуры. Акцентирование внимания на профилактике, своевременном выявлении и лечении психических расстройств улучшит психическое здоровье офицеров и надежность профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психиатрия, психическое здоровье, военная медицина, офицер, первичная заболеваемость, госпитализация, трудовые потери, увольняемость, Республика Беларусь.

Введение

Психическое здоровье зависит от многих факторов: генетических особенностей, психического статуса, характера профессиональной работы, экологии и пр. [2]. Профессиональная деятельность военнослужащих зачастую проходит в экстремальных условиях, что создает вероятность нарушения функциональных резервов [1, 6, 8] и возникновения психогенно обусловленных расстройств [3, 4, 7]. Профилактике психической дезадаптации и психических расстройств посвящены десятки публикаций.

В предыдущих публикациях подробно представлены медико-статистические показатели психической заболеваемости военнослужащих Вооруженных сил (ВС) России [10], в том числе по категориям: офицеров [11], военнослужащих, проходящих службу по контракту (рядовых, сержантов и старшин) [12] и призыву, военнослужащих-женщин.

Среднегодовой уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами (V класс по МКБ-10) личного состава ВС России в 2003–2015 гг. составил ($7,37 \pm 0,23$) ‰: офицеров – ($2,74 \pm 0,12$) ‰, или 11,2 % в структуре всей психической заболеваемости личного состава ВС России, военнослужащих по контракту – ($2,88 \pm 0,19$) ‰ и 7,8 % соответственно, военнослужащих по призыву – ($12,86 \pm 0,44$) ‰ и 78,2 % соответственно, военнослужащих-женщин – ($4,21 \pm 0,37$) ‰ и 2,8 % соответственно [10].

Оказалось также, что невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа V класса по МКБ-10) составили 40 % в структуре первичной заболеваемости всех военнослужащих ВС России:

офицеров – 51,1 %, военнослужащих по контракту – 45,1 %, военнослужащих-женщин – 69,1 %, военнослужащих по призыву – 38,2 %.

Психическое здоровье военнослужащих – важный показатель надежности и обороноспособности ВС страны.

Цель – представить медико-статистические показатели и динамику психической заболеваемости офицеров ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг.

Материал и методы

Изучили показатели медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу около 80 % от общего числа офицеров ВС Республики Беларусь в 2003–2020 гг. Соотнесли психическую заболеваемость военнослужащих с группами (блоками) психических расстройств и расстройств поведения, представленных в V классе Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10). Оказалось, что нозологии 8-й, 9-й и 10-й группы у офицеров не были выявлены, поэтому в таблицах их не приводили.

Таблица 1
Группы (блоки) психических расстройств и расстройств поведения
(V класс МКБ-10)

Группа (блок)	Название	Таксон МКБ-10
1-я	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F00–F09
2-я	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, в том числе:	F10–F19
	вызванные употреблением алкоголя	F10
	вызванные употреблением наркотических средств	F11,12,14
3-я	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20–F29
4-я	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F30–F39
5-я	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, в том числе:	F40–F48
	соматоформные расстройства	F45
6-я	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	F50–F59
7-я	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	F60–F69
8-я	Умственная отсталость	F70–F79
9-я	Расстройства психологического развития	F80–F89
10-я	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F90–F98
11-я	Неуточненные психические расстройства	F99

Рассчитали общепринятые медико-статистические показатели состояния здоровья военнослужащих: общей заболеваемости (обращаемости), первичной заболеваемости (впервые в жизни возникших психических расстройств в анализируемом году), нуждаемости в диспансерном наблюдении, госпитализации, трудопотерь и увольняемости по состоянию здоровья из ВС [5].

Обычно уровень заболеваемости военнослужащих рассчитывали на 1000 человек, или в промилле. В связи с невысокими показателями психических расстройств в данной статье решено представить уровень заболеваемости на 10 тыс. офицеров.

Рассчитали военно-эпидемиологическую значимость групп психических расстройств для офицеров. Исследования, проведенные в ВС Республики Беларусь, выявили значимые коэффициенты для обобщенных видов заболеваемости: например, показатели общей заболеваемости и трудопотерь имели коэффициент 1,0, первичной заболеваемости и госпитализации – 1,5, увольняемости – 2,0 [9]. В предыдущих работах коэффициенты значимости несколько отличались [11, 12].

Некоторые показатели сравнили с данными психической заболеваемости офицеров ВС России за 2003–2015 гг. [11], понимая, что в последние годы уровень заболеваемости заметно снизился, и эти действия нуждаются в специальных исследованиях за одинаковый период времени.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В статье указаны средние арифметические показатели и ошибки средних величин ($M \pm m$). Динамику показателей изучили при помощи анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка. Чем больше был коэффициент детерминации (R^2) полиномиального тренда (максимальный 1,0), тем более адекватно он отражал созданную динамику данных. Знак \uparrow обозначал рост показателей, \downarrow – уменьшение, \rightarrow – стабильность, \cup и \cap – U-кривую и инвертированную U-кривую. В ряде случаев конкретизировали динамику U-кривых, например знак $\cap\uparrow$ демонстрировал рост данных в последний период наблюдения.

Результаты и их анализ

Общая заболеваемость. Среднегодовой уровень общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами в 2003–2020 гг. составил ($58,95 \pm 5,44$) на 10 тыс. офицеров. Доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам МКБ-10 была 0,43 %. Отмеча-

ется уменьшение доли психических расстройств в структуре всей общей заболеваемости.

Динамика уровня психических расстройств показана на рис. 1. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,85$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение данных общей заболеваемости.

Обобщенные показатели общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами представлены в табл. 2. 1-й ранг значимости психических расстройств у офицеров составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ($54,34 \pm 4,80$) на 10 тыс. офицеров и долей 92,1 % в структуре, 2-й – неуточненные психические расстройства (11-я группа) – ($1,07 \pm 0,20$) и 1,8 % соответственно, 3-й – расстройства настроения (аффективные расстройства) (4-я группа) – ($0,94 \pm 0,23$) и 1,6 % соответственно. В сумме нозологии указанных трех групп составили 95,5 % от структуры общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами.

Как правило, полиномиальные тренды уровня психических расстройств по группам демонстрируют уменьшение данных (см. табл. 2).



Рис. 1. Динамика уровня общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами

Таблица 2

Обобщенные показатели общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Группа (блок)	Уровень, (M ± m) на 10 тыс.	Структура, %	Ранг	R ²	Динамика тренда
1-я	0,47 ± 0,13	0,8	6-й	0,03	↘
2-я, в том числе:	0,56 ± 0,12	1,0	5-й	0,59	↓
F10	0,52 ± 0,12	0,9		0,49	↓
F11,12,14	0,04 ± 0,04	0,1		0,37	↘
3-я	0,36 ± 0,12	0,6	8-й	0,04	↘
4-я	0,94 ± 0,23	1,6	3-й	0,41	↘
5-я, в том числе:	54,34 ± 4,80	92,1	1-й	0,54	↓
F45	38,09 ± 4,20	64,6		0,76	↓
6-я	0,41 ± 0,15	0,7	7-й	0,26	↓
7-я	0,80 ± 0,30	1,4	4-й	0,27	↘
11-я	1,07 ± 0,20	1,8	2-й	0,43	↓
Общий показатель	58,95 ± 5,44	100,0		0,85	↓

Первичная заболеваемость. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости офицеров с психическими расстройствами составил (24,66 ± 2,36) на 10 тыс. офицеров. Доля психических расстройств в структуре первичной заболеваемости по всем классам МКБ-10 была 0,35 %. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей первичной заболеваемости. Уровень первичной заболеваемости офицеров ВС России в 2003–2015 гг. был практически аналогичным – (27,30 ± 1,28) на 10 тыс., доля в структуре всей первичной заболеваемости – 0,74 % [11].

Динамика уровня психических расстройств показана на рис. 2. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,79$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение данных первичной заболеваемости. В 2003 г. уровень первичной заболеваемости был 33,3 на 10 тыс., в 2020 г. он стал 6,8 на 10 тыс. офицеров, уменьшение – в 4,9 раза.

Обобщенные показатели первичной заболеваемости офицеров с психическими расстройствами сведены в табл. 3. Ведущие ранги значимости групп общей и первичной заболеваемости с психическими расстройствами совпали. 1-й ранг у офицеров составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем (20,94 ± 1,95) на 10 тыс. офицеров и долей 84,8 % в структуре, 2-й – неуточненные психические расстройства (11-я группа) – (0,97 ± 0,15) и 3,9 % соответственно, 3-й – расстройства настроения (аффективные расстрой-

ства) (4-я группа) – $(0,76 \pm 0,20)$ и 3,1 % соответственно. В сумме нозологии указанных трех групп составили 91,8 % от структуры первичной заболеваемости офицеров с психическими расстройствами.



Рис. 2. Динамика уровня первичной заболеваемости офицеров с психическими расстройствами

Таблица 3

Обобщенные показатели первичной заболеваемости офицеров с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Группа (блок)	Уровень, $(M \pm m)$ на 10 тыс.	Структура, %	Ранг	R^2	Динамика тренда
1-я	$0,39 \pm 0,10$	1,6	6-й	0,07	↓
2-я, в том числе:	$0,56 \pm 0,12$	2,3	4-й	0,59	↓
F10	$0,52 \pm 0,12$	2,1		0,49	↓
F11,12,14	$0,04 \pm 0,04$	0,2		0,36	↓
3-я	$0,26 \pm 0,11$	1,1	7-й	0,02	→
4-я	$0,76 \pm 0,20$	3,1	3-й	0,47	↓
5-я, в том числе:	$20,94 \pm 1,95$	84,8	1-й	0,72	↓
F45	$14,71 \pm 1,35$	59,6		0,48	↷
6-я	$0,24 \pm 0,07$	1,0	8-й	0,31	↷
7-я	$0,55 \pm 0,18$	2,2	5-й	0,33	↷
11-я	$0,97 \pm 0,15$	3,9	2-й	0,51	↓
Общий показатель	$24,66 \pm 2,36$	100,0		0,79	↓

Госпитализация. Среднегодовой уровень госпитализации офицеров с психическими расстройствами составил $(13,89 \pm 1,50)$ на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре госпитализации по всем классам МКБ-10 была 0,1 %. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей госпитализации. Уровень госпитализации офицеров ВС России в 2003–2015 гг. был статистически значимо больше – $(23,70 \pm 1,23)$ на 10 тыс. ($p < 0,001$), доля в структуре всей госпитализации – 1,3 % [11].

Динамика уровня психических расстройств показана на рис. 3. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,84$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение показателей госпитализации. Например, уровень госпитализации офицеров с психическими расстройствами в 2003 г. был 18,6 на 10 тыс., в 2020 г. он стал 2,3 на 10 тыс. офицеров, уменьшение в 8,1 раза.



Рис. 3. Динамика уровня госпитализации офицеров с психическими расстройствами

Обобщенные показатели госпитализации офицеров с психическими расстройствами сведены в табл. 4. Ведущие ранги значимости групп заболеваемости (общей, первичной и с госпитализацией) офицеров с психическими расстройствами совпали. 1-й ранг у них образовали показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем $(9,96 \pm 0,99)$ на 10 тыс. офицеров и долей 71,7 % в

структуре, 2-й – неуточненные психические расстройства (11-я группа) – ($0,97 \pm 0,17$) и 7 % соответственно, 3-й – расстройства настроения (аффективные расстройства) (4-я группа) – ($0,83 \pm 0,21$) и 6 % соответственно. В сумме нозологии указанных трех групп составили 84,7 % от структуры всей госпитализации офицеров с психическими расстройствами. Динамика уровня госпитализации офицеров с нозологиями по группам психических расстройств показывает уменьшение данных (см. табл. 4).

Таблица 4

Обобщенные показатели госпитализации офицеров с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Группа (блок)	Уровень, (M ± m) на 10 тыс.	Структура, %	Ранг	R ²	Динамика тренда
1-я	0,39 ± 0,10	2,8	6-й	0,07	↓
2-я, в том числе:	0,56 ± 0,12	4,0	4-й	0,58	↓
F10	0,52 ± 0,12	3,7		0,49	↓
F11,12,14	0,04 ± 0,04	0,3		0,37	↓
3-я	0,33 ± 0,12	2,4	7-й	0,03	∩
4-я	0,83 ± 0,21	6,0	3-й	0,46	↓
5-я, в том числе:	9,96 ± 0,99	71,7	1-й	0,81	↓
F45	6,18 ± 0,73	44,5		0,85	↓
6-я	0,31 ± 0,10	2,2	8-й	0,29	↓
7-я	0,55 ± 0,18	3,9	5-й	0,33	↓
11-я	0,97 ± 0,17	7,0	2-й	0,46	↓
Общий показатель	13,89 ± 1,50	100,0		0,84	↓

Трудопотери. Среднегодовой уровень дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами составил ($315,9 \pm 47,1$) на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре дней трудопотерь по всем классам по МКБ-10 была 0,7 %. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всех трудопотерь. Динамика уровня психических расстройств показана на рис. 4. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,67$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение показателей дней трудопотерь. Например, уровень дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами в 2003 г. был 320,3 на 10 тыс., в 2020 г. он стал 58,2 на 10 тыс. офицеров, уменьшение – в 5,5 раза.



Рис. 4. Динамика уровня дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами

Обобщенные показатели дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами сведены в табл. 5. 1-й ранг значимости образовали показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ($223,4 \pm 33,3$) на 10 тыс. офицеров и долей 70,3 % в структуре, 2-й – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (2-я группа), – ($18,6 \pm 5,6$) и 6 % соответственно, 3-й – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа) – ($17,1 \pm 6,6$) и 5,5 % соответственно. В сумме нозологии указанных трех групп составили 81,8 % от структуры всех дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами. Динамика уровня дней трудопотерь у офицеров с нозологиями по группам психических расстройств (за исключением 11-й группы) показывает уменьшение данных (см. табл. 5).

Таблица 5

Обобщенные показатели дней трудопотерь у офицеров с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Группа (блок)	Уровень, (M ± m) на 10 тыс.	Структура, %	Ранг	R ²	Динамика тренда
1-я	5,2 ± 1,8	1,6	8-й	0,13	↓
2-я, в том числе:	18,6 ± 5,6	5,9	2-й	0,29	↓
F10	17,4 ± 5,7	5,5		0,28	↓
F11,12,14	1,2 ± 1,2	0,4		0,37	↓
3-я	16,4 ± 6,0	5,2	4-й	0,08	↷
4-я	15,4 ± 4,8	4,9	5-й	0,60	↓
5-я, в том числе:	223,4 ± 33,3	70,7	1-й	0,69	↓
F45	155,1 ± 24,6	49,1		0,66	↓
6-я	7,5 ± 2,4	2,4	7-й	0,34	↓
7-я	17,1 ± 6,6	5,4	3-й	0,25	↶
11-я	12,3 ± 2,8	3,9	6-й	0,05	↑
Общий показатель	315,9 ± 47,1	100,0		0,67	↓

Увольняемость. Среднегодовой уровень увольняемости офицеров с психическими расстройствами составил ($2,33 \pm 0,38$) на 10 тыс. Доля психических расстройств в структуре увольняемости по всем классам по МКБ-10 была 4,7 %. В динамике с 2003 по 2020 г. отмечается уменьшение доли психических расстройств в структуре всей увольняемости. Уровень увольняемости офицеров ВС России в 2003–2015 гг. по причине психических расстройств был статистически значимо больше – ($5,55 \pm 0,64$) на 10 тыс. ($p < 0,001$), доля в структуре всей увольняемости – 6,2 % [11].

Динамика уровня увольняемости офицеров с психическими расстройствами показана на рис. 5. При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,67$) полиномиальный тренд демонстрирует уменьшение показателей увольняемости. Например, уровень увольняемости офицеров с психическими расстройствами в 2003 г. был 2,66 на 10 тыс., в 2020 г. увольнений офицеров по причине психических расстройств не было вовсе.

Обобщенные показатели увольняемости офицеров с психическими расстройствами сведены в табл. 6. 1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа) с уровнем ($0,77 \pm 0,18$) на 10 тыс. офицеров и долей 33 % в структуре, 2-й – неуточненные психические расстройства (11-я группа) – ($0,43 \pm 0,09$) и 18,4 % соответственно, 3-й – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа) – ($0,35 \pm 0,11$) и 15 % соответственно. Сумма нозологий указанных трех групп была 66,4 % от структуры всей

увольняемости по состоянию здоровья. Динамика уровня увольнений офицеров с нозологиями по всем группам психических расстройств показывает уменьшение данных (см. табл. 6).

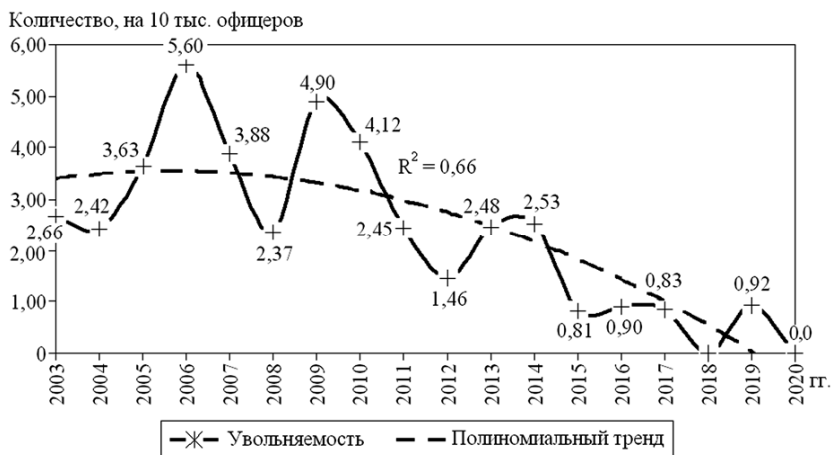


Рис. 5. Динамика уровня увольняемости офицеров с психическими расстройствами

Таблица 6

Обобщенные показатели увольняемости офицеров с психическими расстройствами (2003–2020 гг.)

Группа (блок)	Уровень, (M ± m) на 10 тыс.	Структура, %	Ранг	R ²	Динамика тренда
1-я	0,16 ± 0,07	6,9	6-й	0,11	↓
2-я, в том числе:	0,17 ± 0,08	7,1	5-й	0,22	↓
F10	0,13 ± 0,07	5,5		0,12	↓
F11,12,14	0,04 ± 0,04	1,6		0,37	↓
3-я	0,33 ± 0,12	14,1	4-й	0,03	↔
4-я	0,13 ± 0,06	5,5	7-й	0,27	↓
5-я, в том числе:	0,77 ± 0,18	33,0	1-й	0,80	↓
F45	0,00 ± 0,00	0,0			
6-я	0,00 ± 0,00	0,0			
7-я	0,35 ± 0,11	15,0	3-й	0,31	↔
11-я	0,43 ± 0,09	18,4	2-й	0,13	↔↓
Общий показатель	2,33 ± 0,38	100,0		0,66	↓

Военно-эпидемиологическая значимость. Как и следовало ожидать, в структуре военно-эпидемиологической значимости (рис. 6) нозологий, соотношенных с группами психических расстройств, 1-й ранг составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа, 61,1 %), 2-й – неуточненных психических расстройств (11-я группа, 8,4 %), 3-й – расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, 6,6 %), 4-я – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа, 5,6 %), 5-й – расстройств настроения (аффективных расстройств) (4-я группа, 4,5 %). В сумме указанные группы составили 91,2 % от структуры.

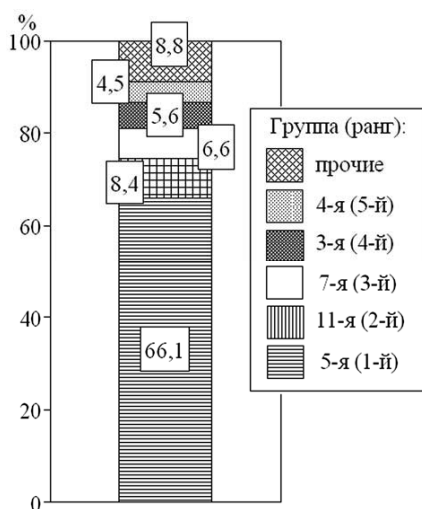


Рис. 6. Структура военно-эпидемиологической значимости групп психических расстройств у офицеров

Акцентирование внимания на профилактике, своевременном выявлении и лечении психических расстройств улучшит психическое здоровье офицеров и надежность профессиональной деятельности.

Заключение

Среднегодовой уровень общей заболеваемости офицеров с психическими расстройствами (V класс по МКБ-10) в 2003–2020 гг. составил $(58,95 \pm 5,44)$ на 10 тыс. офицеров, доля психических расстройств в структуре общей заболеваемости по всем классам по МКБ-10 была 0,43 %, первичной заболеваемости – $(24,66 \pm 2,36)$ и 0,35 % соответственно, госпитализации – $(13,89 \pm 1,50)$ и 0,1 % соответственно, дней трудопотерь – $(315,9 \pm 47,1)$ и 0,7 % соответственно, увольненияемости – $(2,33 \pm 0,38)$ и 4,7 % соот-

ответственно. Полиномиальные тренды уровней обобщенных видов заболеваемости при высоких коэффициентах детерминации показывали уменьшение данных. Отмечается также снижение доли психических расстройств в структуре видов заболеваемости офицеров по всем классам по МКБ-10.

В структуре военно-эпидемиологической значимости нозологий для офицеров 1-й ранг занимали показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (5-я группа по МКБ-10, 61,1 %), 2-й – неуточненных психических расстройств (11-я группа, 8,4 %), 3-й – расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, 6,6 %), 4-й – шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (3-я группа, 5,6 %), 5-й – расстройств настроения (аффективных расстройств) (4-я группа, 4,5 %). В сумме указанные группы составили 91,2 % от структуры.

Литература

1. Алиев У.С. Индивидуально-психологические характеристики представителей высшего командного состава – участников боевых действий // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. Сер. Педагогика, психология. – 2019. – № 2(37). – С. 57–65. DOI: 10.18323/2221-5662-2019-2-57-65.

2. Военная психиатрия / ред. В.К. Шамрей, А.А. Марченко. – СПб.: ВМедА, 2015. – 440 с.

3. Жовнерчук И.Ю. Профилактика психических расстройств у военнослужащих противовоздушной обороны, проходящих военную службу в условиях замкнутых пространств : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2017. – 24 с.

4. Марченко А.А., Абриталин Е.Ю., Чудиновских А.Г. Эпидемиология невротических расстройств у военнослужащих // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 12–15.

5. Указания по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время: утв. нач. Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. – М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2001. – 40 с.

6. Ушаков И.Б. Экология человека опасных профессий. – М.; Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2000. 128 с.

7. Фисун А.Я., Шамрей В.К., Русанов С.Н. [и др.]. Многомерная оценка психического здоровья военнослужащих при массовых психопрофилактических обследованиях // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 6. – С. 1–10.

8. Хадарцев А.А., Стариков Н.Е., Грачев Р.В. Профессиональный стресс у военнослужащих (обзор литературы) // Вестн. новых мед. технологий. – 2020. – Т. 27, № 2. – С. 74–82. DOI: 10.24411/1609-2163-2020-16677.

9. Чернов Д.А. Интегральный показатель нарушения состояния здоровья военнослужащих // Воен. медицина. – 2021. – № 2. – С. 14–24. DOI: 10.51922/2074-5044.2021.2.14.

10. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г., Лобачев А.В., Сивашенко П.П. Показатели психических расстройств у военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) : монография / Воен.-мед. акад. им.

С.М. Кирова, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб.: Политехника-сервис, 2017. – 129 с.

11. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В., Григорьев С.Г., Сивашенко П.П. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 62 (67). – С. 36–60.

12. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2015 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2017. – № 1. – С. 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76.

13. Boulos D., Zamorski M.A. Military Occupational Outcomes in Canadian Armed Forces Personnel with and without Deployment-Related Mental Disorders // Canadian Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 61, N 6. – P. 348–357. DOI: 10.1177/0706743716643742.

14. Fertout M., Jones N., Greenberg N. [et al.]. A review of United Kingdom Armed Forces' approaches to prevent post-deployment mental health problems // International Review of Psychiatry. – 2011. – Vol. 23, N 2. – P. 135–143. DOI: 10.3109/09540261.2010.557770.

15. Hoge C.W., Toboni H.E., Messer S.C. [et al.]. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability // The American Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 162, N 3. – P. 585–591. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.3.585.

16. Hooff M.D., McFarlane A.C., Davies C.E. [et al.]. The Australian Defence Force Mental Health Prevalence and Wellbeing Study: design and methods // European Journal of Psychotraumatology. – 2014. – Vol. 5, N 6. – P. 59–65. DOI: 10.3402/ejpt.v5.23950.

Поступила 17.10.2021

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

Для цитирования. Евдокимов В.И., Чернов Д.А. Показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2020 гг.) // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 7–24.

MENTAL DISORDERS IN OFFICERS OF THE ARMED FORCES OF THE REPUBLIC OF BELARUS (2003–2020)

Evdokimov V.I.^{1,3}, Chernov D.A.²

¹Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia);

²Gomel State Medical University (Lange Str., 5, Gomel, 246000, Republic of Belarus);

³Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia
(Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia).

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia); teacher, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Denis Anatol'evich Chernov – Chief of the Military Department, Gomel State Medical University (Lange Str., 5, Gomel, 246000, Republic of Belarus), e-mail: chernov_denis78@mail.ru.

Abstract. The intention is to present medical and statistical indicators and dynamics of mental morbidity among officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus in 2003–2020. We studied reports on the health status of the personnel and the activities of the medical service according to 3 / MED Form of military units, in which about 80 % of the total number of officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus served in 2003–2020. We correlated the officers' mental morbidity with groups (blocks) of mental disorders and behavioral disorders presented in Chapter 5 of the International Classification of Diseases and Behavioral Disorders, the 10th revision (ICD-10). We calculated the generally accepted medical and statistical indicators of the mental morbidity per 10 thousand officers. The results were checked for the normal distribution. Arithmetic means and errors of the mean values ($M \pm m$) are presented. Indicators were studied over time using the analysis of time series and the calculation of the second order polynomial trends. Average annual level of general morbidity of officers with mental disorders in 2003–2020 amounted to (58.95 ± 5.44) per 10 thousand officers, the share of mental disorders in the structure of the overall morbidity for all ICD-10 chapters was 0.43 %; primary morbidity (24.66 ± 2.36) and 0.35 %, respectively; hospital admissions (13.89 ± 1.50) and 0.1%, respectively; work days lost (315.9 ± 47.1) and 0.7 %, respectively; dismissal (2.33 ± 0.38) and 4.7 %, respectively. Polynomial trends in the levels of the above generalized types of morbidity showed a decrease with high coefficients of determination. Shares of mental disorders also decrease in morbidity structures for all ICD-10 chapters. As expected, in the structure of the military-epidemiological significance of diseases for officers, neurotic, stress-related and somatoform disorders (61.1 %; ICD-10 Chapter 5) ranked 1st, unspecified mental disorders (8.4 %; Chapter 11) ranked 2nd, personality and behavioral disorders in adulthood (6.6 %; Chapter 7) ranked 3rd; schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (5.6 %; Chapter 3) ranked 4th; mood (affective) disorders (4.5 %; Chapter 4) ranked 5th. In total, these groups accounted for 91.2 % of the morbidity structure. Focusing on the prevention, early detection and treatment of mental disorders will improve officers' mental health and occupational performance.

Keywords: psychiatry, mental health, military medicine, officer, primary morbidity, hospitalization, work days lost, dismissal, Republic of Belarus.

References

1. Aliyev U.S. Individual'no-psikhologicheskije kharakteristiki predstavitelei vshego komandnogo sostava – uchastnikov boevykh deistvii [The individual psychological characteristics of senior officers – the participants of combat actions]. *Vektor nauki Tol'yatinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psikhologiya* [Science Vector of Togliatti State University]. 2019. N 2. Pp. 57–65. DOI: 10.18323/2221-5662-2019-2-57-65. (In Russ.)
2. Voennaya psikhiatriya [Military psychiatry]. Eds.: S.V. Litvintsev, V.K. Shamrei. Sankt-Peterburg. 2001. 335 p. (In Russ.)
3. Zhovnerchuk I.Yu. Profilaktika psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh protivovozdushnoi oborony, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu v usloviyakh zamknutykh prostranstv [Prevention of mental disorders in air defense servicemen undergoing military service in confined spaces]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2017. 24 p. (In Russ.)
4. Marchenko A.A., Abritalin E.Yu., Chudinovskikh A.G. Epidemiologiya nevroticheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh [Epidemiology of neurotic disorders in servicemen]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2009. N 5. Pp. 12–15. (In Russ.)
6. Ukazaniya po vedeniyu meditsinskogo ucheta i otchetnosti v Vooruzhennykh silakh Rossiiskoi Federatsii na mirmoe vremya [Guidelines for medical record keeping and reporting in the Armed Forces of the Russian Federation during peacetime]. Moskva. 2001. 40 p. (In Russ.)
6. Ushakov I.B. Ekologiya cheloveka opasnykh professii [Ecology of persons engaged in hazardous occupations]. Moskva: Voronezh. 2000. 128 p. (In Russ.)
7. Fisun A.Ya., Shamrei V.K., Rusanov S.N. [et al.]. Mnogomernaya otsenka psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh pri massovykh psikhoprofilakticheskikh obsledovaniyakh [Multidimensional estimation of mental health of the military men at mass psychoprophylaxis inspections]. *Voенно-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2007. Vol. 328, N 6. Pp. 1–10. (In Russ.)
8. Khadartsev A.A., Starikov N.E., GRachev R.V. Professional'nyi stress u voennosluzhashchikh (obzor literatury) [Professional stress in military service (literature review)]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii* [Journal of New Medical Technologies]. 2020. Vol. 27, N 2. Pp. 74–82. (In Russ.)
9. Chernov D.A. Integral'nyi pokazatel' narusheniya sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh [Integral index of health impairment of servicemen]. *Voennaya meditsina* [Military medicine]. 2021. N 2. Pp. 14–24. DOI: 10.51922/2074-5044.2021.2.14. (In Russ.)
10. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et. al.]. Pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2016 gg.) : monografiya [Indicators of mental disorders in servicemen of the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2016): monograph]. Sankt-Peterburg. 2017. 129 p. (In Russ.)
11. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V. [et. al.]. Mediko-statisticheskie pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh po kontraktu (ry-

adovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. [Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 62. Pp. 36–60. (In Russ.)

12. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko R.R., Lobachev A.V. Osnovnye pokazateli psikhicheskikh rasstroistv ofitserov Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii (2003–2015 gg.) [Key indicators for mental disorders in officers of the Armed Forces of Russia (2003–2015)]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017. N 1. Pp. 66–76. DOI: 10.25016/2541-7487-2017-0-66-76. (In Russ.)

13. Boulos D., Zamorski M.A. Military Occupational Outcomes in Canadian Armed Forces Personnel with and without Deployment-Related Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 61, N 6. Pp. 348–357. DOI: 10.1177/0706743716643742.

14. Fertout M., Jones N., Greenberg N. [et al.]. A review of United Kingdom Armed Forces' approaches to prevent post-deployment mental health problems. *International Review of Psychiatry*. 2011. Vol. 23, N 2. Pp. 135–143. DOI: 10.3109/09540261.2010.557770.

15. Hoge C.W., Toboni H.E., Messer S.C. [et al.]. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *The American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162. N 3. Pp. 585–591. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.3.585.

16. Hooff M.D., McFarlane A.C., Davies C.E. [et al.]. The Australian Defence Force Mental Health Prevalence and Wellbeing Study: design and methods. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014. Vol. 5, N 6. Pp. 59–65. DOI: 10.3402/ejpt.v5.23950.

Received 17.10.2021

For citing: Evdokimov V.I., Chernov D.A. Pokazateli psikhicheskikh rasstroistv ofitserov Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' (2003–2020 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 80. Pp. 7–24 (**In Russ.**)

Evdokimov V.I., Chernov D.A. Mental disorders in officers of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2020). *Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 80. Pp. 7–24.

**РОЛЬ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ В РАЗВИТИИ
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С РАССТРОЙСТВОМ
ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ**

¹ Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко
(Россия, Москва, ул. Госпитальная пл., д. 3);

² Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина
(Россия, Москва, ул. Потешная, д. 3);

³ Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова (Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2).

Диагностика дезадаптивных личностных черт имеет важное значение для отбора военнослужащих и определения степени морально-психологической устойчивости в условиях срочной службы. В статье представлены данные исследования о связи тревожно-депрессивной симптоматики и когнитивных схем у военнослужащих, проходящих лечение в связи с расстройством приспособительных реакций. В ходе исследования была установлена корреляционная связь между уровнем депрессии и тревоги со схемами «Недоверие», «Уязвимость», «Подавление эмоций», «Социальное отчуждение» и «Эмоциональная депривация», что указывает на интерперсональную тревожность, сензитивность, дефицит социально-коммуникативных навыков, ведущих к развитию тревожно-депрессивной симптоматики, а также дезадаптации военнослужащего. Результатом проведенного авторами исследования являются рекомендации по эффек-

Слюсарев Артём Сергеевич – канд. мед. наук, гл. внештатный психиатр, Гл. воен. клинич. госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко (Россия, 105094, Москва, Госпитальная пл., д. 3); врач мед. центра «Альтер» (Москва, 119034, Всеволожский пер., дом 2, строение 2), e-mail: docslusarev@yandex.ru;

✉ Козлов Михаил Юрьевич – мед. психолог, Центр психолого-психотер. помощи, Психиатр. клинич. б-ца № 4 им. П. Б. Ганнушкина (Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3); ассистент каф. психолого-социальной работы, Первый мос. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова (Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2); психолог мед. центра «Альтер» (Россия, 119034, Москва, Всеволожский пер., дом 2, строение 2), e-mail: mishafetser@gmail.com;

Ибрагимов Елена Николаевна – мед. психолог, Гл. воен. клинич. госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко (Россия, 105094, Москва, Госпитальная пл., д. 3), e-mail: albina1966kazyulina@gmail.com;

Иваницкая Елизавета Денисовна – студентка, Первый мос. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова (Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2), e-mail: ivi.lizzie@gmail.com.

тивному использованию психотерапевтических факторов в организации помощи данной категории пациентов.

Ключевые слова: расстройство приспособительных реакций, ранние дезадаптивные схемы, тревога, депрессия.

Введение

Трудности, связанные с ранним выявлением у военнослужащих потенциально дезадаптивных личностных черт и акцентуаций характера, а также прогнозирование возможных патологических реакций в ситуации резкой смены жизненного уклада, сопровождающейся сильным психоэмоциональным напряжением, хорошо известны специалистам. Важность такой диагностики трудно переоценить, поскольку последствия поведенческих, прежде всего – агрессивных или аутоагрессивных реакций могут быть значительными. Оценка преморбидных личностных черт, обуславливающих низкий адаптационный потенциал, позволяет до известной степени прогнозировать и предупреждать развитие невротических расстройств и реакций, прежде всего – расстройства адаптации.

Расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации, F.43.2) характеризуется как состояние субъективного дистресса, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или тяжелому стрессовому событию [19]. Данный диагноз достаточно редко встречается в практике гражданской психиатрии и выставляется в основном пациентам с угрожающими жизни заболеваниями либо оказавшимся в сложных социальных условиях, где исключены или минимизированы возможности влияния на неблагоприятную ситуацию. Среди военнослужащих срочной службы диагнозы невротических, связанных со стрессом расстройств составляют 38,91 % всех случаев психических заболеваний [8]. Важную роль в возникновении и формировании расстройства адаптации играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, которая в дальнейшем определяет клиническое проявление заболевания (сниженное настроение, тревога, раздражительность, поведенческие нарушения – агрессивное/аутоагрессивное поведение).

Данные исследования могут лечь в основу разработки диагностического опросника, нацеленного на установление наиболее дезадаптивных вариантов личностного склада в условиях военной службы, а также помочь в организации психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Обзор исследований

Указанная проблематика неоднократно освещалась в отечественной научной литературе. Ранее коллективом автором было проведено исследо-

вание на схожей выборке [14], где изучалась связь индивидуально-типологических характеристик и уровня адаптивности. В результате исследования были получены данные, позволившие обратиться к изучению не отдельных личностных характеристик, защитных реакций и копинг-стратегий, а их взаимосвязанных систем (когнитивных схем). Прежде чем перейти к освещению медико-психологических исследований, важно остановиться на особенностях протекания расстройства приспособительных реакций.

В соответствии с анализом, проведенным коллективом авторов [10], невротические состояния характеризуются преобладанием в клинической картине протопатических недифференцированных эмоциональных переживаний с витальным компонентом (тоска, тревога, страх) над эпикритическими эмоциями негативного полюса (обида, жалость и т. п.), которые носят, как правило, вторичный реактивно-личностный характер. Во-вторых, у них отсутствуют непосредственные синхронические и/или причинно-следственные связи, а также психологическая понятность между динамикой актуальной жизненной ситуации пациента и возникновением (обострением) осевых симптомов. В-третьих, происходит смещение фокуса переживаний с актуальной окружающей ситуации на собственное состояние (интернализация). В последующем мы постараемся дать этим фактам соответствующую трактовку в рамках нашего исследования связи невротических переживаний и когнитивных схем.

О преобладании выраженных витальных переживаний говорит и исследование 2015 года, проведенное на военнослужащих, уволенных из армии по причине адаптационных расстройств, а именно, были выявлены общий высокий уровень тревожности и высокий уровень реактивной тревожности в сочетании с умеренной депрессией у лиц изученного контингента [16].

В недавнем исследовании [5] были получены данные, хорошо согласующиеся с данными нашего предыдущего и нынешнего исследования, а именно: преобладание среди личностных профилей высоких значений шкал Pd – психопатии, D – депрессии, Pt – психастении и Sc – шизоидности, по результатам теста ММРІ; крайне низкий уровень коммуникативных способностей; затруднения в построении межличностных контактов; фиксация на обидах; преобладание психологических защит по типу «вытеснения» и «регрессии». В данном исследовании был проанализирован анамнез военнослужащих с расстройством адаптации и получены данные об их воспитании преимущественно в неполных семьях (46,1 %), воспитании по типу гипоопеки (47 %), жестоком обращении (32,2 %). Автор статьи резюмирует: «защитные механизмы военнослужащих с успешной адаптацией, более пластичны и определяются не столько особенностями

личности, сколько спецификой конкретных ситуаций», – что позволяет предположить значительную взаимосвязь между реакциями и личностными особенностями, что в контексте специфических фактов биографии военнослужащих (жестокое обращение, гипоопека) может обуславливать дисгармоничное развитие личности с формированием определенных дисфункциональных схем, которые и стали предметом нашего изучения.

В новой статье [11] авторы также отметили заострение психастенических, шизоидных и психопатических черт у военнослужащих с расстройством адаптации, выраженной характерологической «обидчивостью», преобладанием «примитивных» защит, не способствующих разрешению психотравмирующей ситуации и ведущих к суммации негативных эмоций, что, по мнению авторов, «в свою очередь, может приводить к эффекту “катастрофизации” в восприятии текущих жизненных ситуаций». В своей работе мы покажем, что именно изначальная склонность к восприятию ситуации как катастрофической (действие ранних дезадаптивных схем) с большей вероятностью является преморбидной личностной особенностью восприятия, нежели последствием неэффективных способов психологической защиты.

В большом исследовании, посвященном клинико-психофизиологическим аспектам диагностики расстройств адаптации у военнослужащих (> 2647 испытуемых), формулируются выводы, уже озвученные ранее, о преобладании неэффективных защит, проявлений психического инфантилизма, что согласуется с данными упомянутого выше в данной статье коллектива авторов о повышенной «обидчивости», неспособности выражать аффект дозированно, социально приемлемым образом (дефицит навыков).

В исследовании 2009 года было показано, что, несмотря на транзиторность и разнообразие клинических проявлений, присутствует четкая связь между типом акцентуации и ситуационно обусловленной личностной реакцией [3]. Важно отметить, что адаптация в первые 3 месяца прохождения военной службы по призыву изменяется в зависимости от исходного уровня и индивидуальных особенностей, как показано в исследовании, посвященном изменению уровней психической адаптации у военнослужащих по призыву. Стоит отметить, что у изначально «дезадаптивных» военнослужащих уровень адаптации может улучшаться до уровня «группы риска», но чаще он не изменяется, что полезно учитывать при определении степени годности к военной службе [7]. Данные сообщают о жесткости сформированного личностного «каркаса» с включением туда ригидных дисфункциональных паттернов поведения и восприятия (дезадаптивных схем), не меняющихся со временем, способных привести к декомпенсации личности.

В исследовании «жизнестойкости» у военнослужащих с РА было еще раз констатировано преобладание неэффективных копинг-стратегий: испытуемые не обращались за помощью, не искали социальной поддержки, демонстрировали «дихотомичность мышления», склонность к дистанцированию и избеганию [2]. В небольшом исследовании защитно-совладающего поведения военнослужащих с РА было установлено, что большая часть исследуемых склонна к стратегии «псевдосовладающего» поведения и настроена на уклонение от проблем, и отмечена общая напряженность психологических защит [15].

Любопытные данные были представлены в работе 2015 года на выборке пациентов на доболезненном этапе. Испытуемые, еще не соответствовавшие критериям невротического расстройства, демонстрировали схожий личностный и когнитивный профиль, а именно: признаки снижения эффективности воспроизведения сложных аналогий; эффективности образного мышления; общего снижения эффективности познавательной деятельности; повышения показателей по шкалам депрессии, психопатии и паранойяльности [9], что может указывать на формирующуюся аффективную (тревожную) блокаду когнитивных функций, изначально невысокий интеллектуально-культурный уровень.

Исследование 2014 г., проведенное на 80 пациентах – солдатах срочной службы с расстройством адаптации, показало уже знакомые нам результаты, а именно: недополучение пациентами родительской любви в раннем возрасте и частые реакции стыда за поведение и образ жизни своих родителей; ощущение собственной неполноценности, неуспешности; низкая толерантность к фрустрации; нервозность; подавленность при неудачах и сложностях; нерешительность; неуверенность в себе; пассивная, зависимая позиция [4]. Характерны и инсомнические нарушения у данной группы пациентов. Исследование показало, что у большинства военнослужащих с расстройством адаптации были выявлены инсомнические нарушения в виде субъективно отмечаемого снижения продолжительности сна, увеличение времени засыпания и отсутствие чувства удовлетворения сном, что может указывать на продолжающуюся внутреннюю «переработку» ситуации [13].

Резюмируя данные современных исследований, можно отметить, что военнослужащие с низким адаптационным потенциалом часто обладают отягощенным социально-психологическим анамнезом, признаками незрелости эмоционально-личностных структур (примитивные психологические защиты, интерперсональная чувствительность), дефицитом социально-коммуникативных и совладающих навыков, а также заострением шизоидных, психопатических, психастенических и гипотимических личностных радикалов.

Материалы и методы

Для изучения личностных диспозиций нами был использован опросник ранних дезадаптивных схем Янга, выявляющий выраженность когнитивных схем (обобщенных и стереотипизированных форм хранения прошлого опыта относительно определенной предметной области или спектра ситуаций), обуславливающих эмоциональные и поведенческие реакции [6]. Данный опросник интересен тем, что определяет когнитивные схемы как модель предполагаемого копингового поведения в раннем детстве, потерявшую свой адаптационный ресурс с появлением новых условий. Для оценки тяжести тревожно-депрессивной симптоматики нами были использованы шкалы депрессии и тревоги Бека, а также методика экспресс-диагностики невроза Хека – Хесса [12, 17]. Нами были изучены 77 военнослужащих срочной службы, проходивших лечение в психиатрическом стационаре с диагнозом «расстройство адаптации» (F.43.23), средний возраст испытуемых – $(20,4 \pm 1,8)$ года.

Результаты

По результатам корреляционного анализа связи между уровнем невротизации и когнитивными схемами, установлены следующие данные. Выраженность невротизации (шкала Хека и Хесса) у респондентов значительно положительно коррелирует (R_o Спирмена) со всеми схемами, кроме «Пунитивности» ($R_o = 0,177$, $p = 0,132$). Наиболее сильные корреляции на высоком уровне значимости получены для следующих схем: «Недоверие» ($R_o = 0,685$, $p = 0,000$), «Уязвимость» ($R_o = 0,734$, $p = 0,000$), «Подавление эмоций» ($R_o = 0,689$, $p = 0,000$). Депрессивные переживания (Шкала депрессии Бека) также значительно коррелируют со всеми когнитивными схемами: наименее – со схемами «Поиск одобрения» ($R_o = 0,339$, $p = 0,004$) и «Пунитивность» ($R_o = 0,320$, $p = 0,006$), наиболее – со схемами «Недоверие» ($R_o = 0,689$, $p = 0,000$), «Уязвимость» ($R_o = 0,724$, $p = 0,000$) и «Подавление эмоций» ($R_o = 0,654$, $p = 0,000$), что в точности повторяет данные, полученные при изучении корреляции невротических переживаний с когнитивными схемами. Данные, полученные для тревоги (Шкала тревоги Бека), также повторяют предыдущие результаты: слабая корреляция со схемой «Пунитивность» ($R_o = 0,254$, $p = 0,029$) и сильная – по шкалам «Недоверие» ($R_o = 0,685$, $p = 0,000$), «Уязвимость» ($R_o = 0,745$, $p = 0,000$) и «Подавление эмоций» ($R_o = 0,661$, $p = 0,000$).

Вследствие того, что применяемые методики подразумевают разделение на уровни, выборка была поделена на соответствующие подвыборки. Так, по уровню невротизации в исследуемой выборке респонденты делятся на тех, у кого присутствуют незначительные признаки невроза ($N = 54$), и тех, у которых присутствуют выраженные признаки невроза ($N =$

23). По выраженности депрессивных переживаний мы получили 3 подгруппы – респонденты с легкой депрессией (N = 53), умеренной депрессией (N = 7) и тяжелой депрессией (N = 7). По уровню тревожности респонденты также были разделены на 3 группы – с легкими симптомами тревоги (N = 52), умеренными (N = 17) и тяжелыми (N = 8).

Разделение выборки на группы, различающиеся по уровню тревоги, депрессии и невротизации, позволяет провести сравнение групп по выраженности у них используемых схем.

Согласно средним значениям, наибольшие различия уровня невротизации обнаружены для схем: «Недоверие» (M незначительные признаки = 12,16; SD = 5,6. M выраженные признаки = 20,83; SD = 3,2), «Уязвимость» (M незначительные признаки = 10,36; SD = 4,8. M выраженные признаки = 17,87; SD = 3,9), «Негативизм» (M незначительные признаки = 13,62; SD = 3,8. M выраженные признаки = 20,33; SD = 3,4) и «Недостаточность самоконтроля» (M незначительные признаки = 13,18; SD = 3,6. M выраженные признаки = 19,38; SD = 4,1) (рис. 1). Чем сильнее выражены данные схемы, тем выше уровень невротизации.

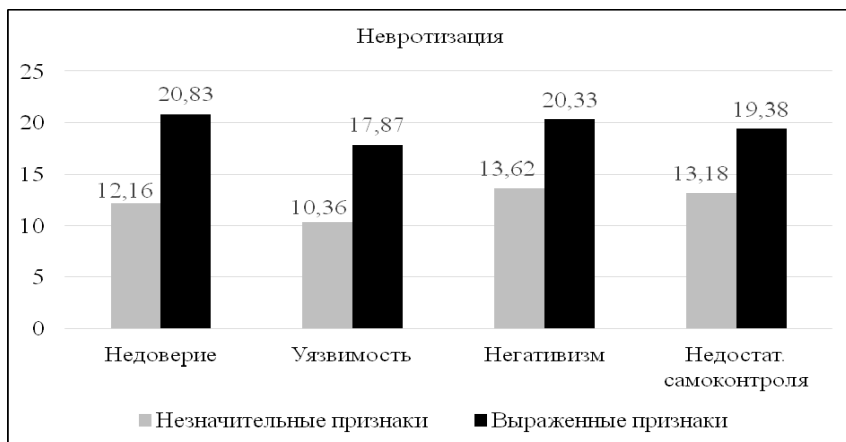


Рис. 1. Уровни невротизации в зависимости от выраженности схем «Недоверие», «Уязвимость», «Негативизм» и «Недостаточность самоконтроля»

Сходные данные получены для уровня тревоги. Помимо схем «Недоверие» и «Уязвимость», общих для невротизации и тревоги, обнаруживается корреляция со схемами «Эмоциональная депривация», «Социальная отчужденность» и «Подавление эмоций» (рис. 2).

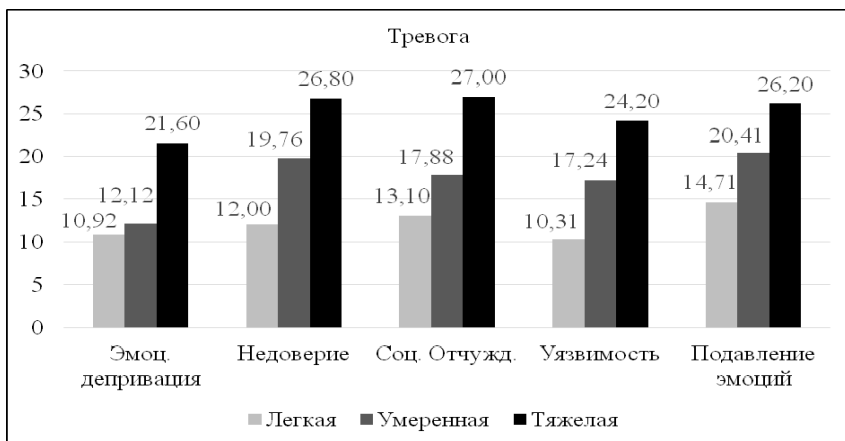


Рис. 2. Уровни тревоги в зависимости от выраженности схем «Эмоциональная депривация», «Недоверие», «Соц. отчужденность», «Уязвимость» и «Подавление эмоций»

Сходные данные получены и для уровня депрессии (рис. 3). Данные по подвыборкам указывают на заострение того же списка схем, что ранее был выявлен при анализе уровня тревоги и частично – невротизации. Полученные данные хорошо согласуются с результатами ранее проведенного корреляционного анализа.

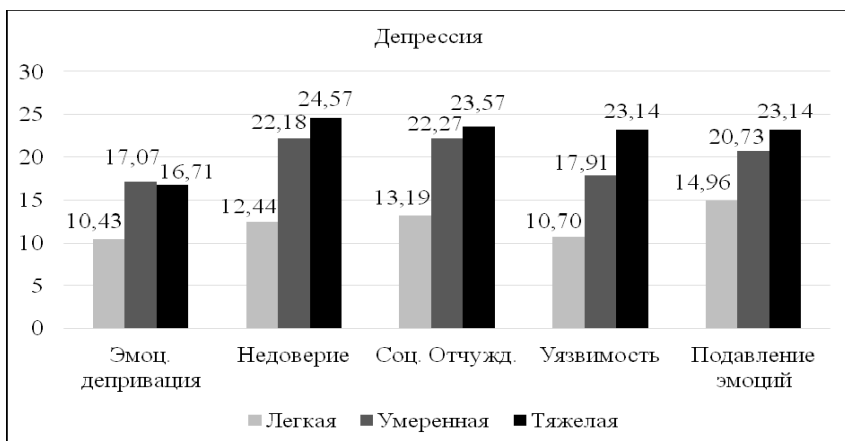


Рис. 3. Уровни депрессии в зависимости от выраженности схем «Эмоциональная депривация», «Недоверие», «Соц. отчужденность», «Уязвимость» и «Подавление эмоций»

Так, у респондентов, имеющих выраженные признаки невроза, наиболее выражены схемы «Недоверие» ($U = 180,000$, $p = 0,000$), «Социальное отчуждение» ($U = 290,500$, $p = 0,000$), «Уязвимость» ($U = 193,500$, $p = 0,000$), «Подавление эмоций» ($U = 288,000$, $p = 0,000$). Такие же данные были получены по выраженности тревоги и депрессии.

Обсуждение

Таким образом, мы можем предположить, что положительная корреляция между тревожно-депрессивными, невротическими переживаниями и схемами «Уязвимость» и «Недоверие», а также с незначительными различиями в выраженности по подвыборкам – со схемами «Подавление эмоций», «Социальное отчуждение» и «Эмоциональная депривация», является устойчивым паттерном. Говоря о причинно-следственной связи, исходя из методологических установок, мы склонны толковать развитие тревожно-депрессивной симптоматики как следствие стрессовой гиперактивации когнитивных схем, выявленных в ходе нашего исследования. Ощущение повышенной уязвимости и незащищенности, страх пренебрежения, унижения и манипуляций со стороны окружения, склонность подавлять негативные эмоции совместно создают клиническую картину с преобладанием недифференцированных, витальных переживаний, часто с преобладанием на фасаде соматовегетативных компонентов, слабостью копинг-стратегий – неспособностью обратиться за социальной поддержкой, слабостью социально-коммуникативных навыков. При таком типе дезадаптивного личностного реагирования, предположительно основанного на негативном раннем опыте, риск возникновения расстройств аффективного спектра и поведенческих нарушений является неизбежным следствием дефицитности развития в области эмоциональной саморегуляции, коммуникативных стратегий, особенностей восприятия стрессовых ситуаций и пр.

Заключение

Таким образом, выявленные особенности, а именно: повышенный фон личностной тревожности, неуверенность в возможностях совладания с кризисными ситуациями, склонность к «катастрофизации» (схемы «Недоверие» и «Уязвимость»), склонность к подавлению негативных эмоций, кумуляции аффекта, неспособность к конструктивному выражению эмоциональных реакций (схема «Подавление эмоций»), трудности в построении доверительных отношений, слабость коммуникативных навыков, склонность к избеганию и дистанцированию в коллективе, замкнутость и склонность к одиночеству (схемы «Эмоциональная депривация» и «Социальная отчужденность») – приводят к развитию тревожно-депрессивной

симптоматики и повышению уровня невротизации. Исходя из полученных данных, создание благоприятной (безопасной, предсказуемой, обнадеживающей и поддерживающей) среды для дезадаптированных военнослужащих является главным психотерапевтическим фактором, вносящим корректирующий эмоциональный опыт, необходимый для компенсации выявленных схем. Учет данных личностных особенностей может оказаться полезным при ранней диагностике расстройства приспособительных реакций и у военнослужащих срочной службы.

Литература

1. Абриталин Е.Ю., Юсупов В.В., Костин Д.В. [и др.]. Клинико-психофизиологические аспекты диагностики расстройств адаптации у военнослужащих // Медицинский вестник МВД. – 2016. – № 1 (80). – С. 63–68.
2. Бакланова В.И., Вьюшкова С.С., Лобачев И.В. Особенности жизнестойкости у военнослужащих с расстройством адаптации // Известия российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38, № 3. – С. 217–220.
3. Брюханов А.В. Медико-психологическая характеристика и дифференциальная диагностика дезадаптивных состояний у военнослужащих // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 12, № 1 (45). – С. 152–157.
4. Егоров Р.С. Причинная структура расстройств приспособительных реакций у военнослужащих по призыву // Альманах молодой науки. – 2014. – № 3. – С. 40–44.
5. Капитанаки В.Е. Особенности защитного реагирования военнослужащих // Медицинская психология. – 2015. – Т. 5, № 1. – С. 83–94.
6. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб.: Политехнический университет, 2013. – 151 с.
7. Конончук В.В., Давыдов А.Т., Апчел А.В. [и др.]. Особенности изменения уровней психической адаптации у военнослужащих по призыву в Санкт-Петербургском гарнизоне // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 4 (48). – С. 27–30.
8. Лобачев А.В. Расстройства адаптации у военнослужащих (клинико-организационные проблемы): Автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – 2021. – 45 с.
9. Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., Краснов А.А. [и др.] Особенности диагностики невротических расстройств у военнослужащих // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 1 (49). – С. 48–53.
10. Марченко А.А., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., [и др.]. Проблемные аспекты диагностики и патоморфоза невротических расстройств у военнослужащих // Психиатрия. – 2012. – № 5 (73). – С. 61–66.
11. Попов В.И., Чермянин С.В., Капитанаки В.Е. Психологические особенности формирования расстройств адаптации у военнослужащих на начальном этапе военно-профессиональной деятельности // Вестник психотерапии. – 2020. – № 76 (81). – С. 72–86.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Бахрах-М, 2001. – 672 с.
13. Ремизевич Р.С. Феноменология нарушений сна при расстройствах

адаптации у военнослужащих срочной службы. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Материалы конф., посв. 90-летию кафедры психиатрии и мед. психологии Белорус. гос. мед. ун-та. – Минск, 2018. – С. 129–136.

14. Слюсарев А.С., Кобзов В.А., Мурзина-Толорая О.В. [и др.]. Взаимосвязь адаптивности и типологических характеристик личности у военнослужащих с расстройствами невротического спектра // Военно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 341, № 7. – С. 40–47.

15. Степанова Э.В. Особенности психологических защит и способов совладающего поведения военнослужащих по призыву с первичным диагнозом «расстройство адаптации» // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – № 3 (33). – С. 51–55.

16. Сукачова О.Н. Результаты изучения тревожности и депрессии у бывших военнослужащих с признаками адаптационных расстройств (F 43.2), уволенных из рядов вооруженных сил в ходе реформирования армии // Фундаментальные и прикладные исследования в практиках ведущих научных школ – 2015. – № 5 (11). – Р. 72–82.

17. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: «Питер», 2001. – 268 с.

18. Andreasen N.C., Hoenck P.R. The predictive value of adjustment disorder in adolescents and adults // *Am J Psychiatry*. – 1982. – Vol. 139. – P. 584–590.

19. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guideline. – Geneva: World Health Organization, 1992. – 267 p.

Поступила 29.09.2021

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

Для цитирования. Слюсарев А.С., Козлов М.Ю., Ибрагимова Е.Н., Иванецкая Е.Д. Роль ранних дезадаптивных схем в развитии тревожно-депрессивной симптоматики у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций // *Вестник психотерапии*. 2021. № 80 (85). С. 25–38.

**THE CONNECTION BETWEEN EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS
AND ANXIETY-DEPRESSIVE SYMPTOMS WHICH ARE OBSERVED
IN MILITARY MEN WITH IMPAIRED ADAPTIVE REACTIONS**

Slusarev A.S.¹, Kozlov M.Y.^{2,3}, Ibragimova E.N.², Ivanitskaya E.D.³

¹ Main Military Hospital named after acad. N.N. Burdenko
(Hospital Square, 3, Moscow, Russia);

² Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkina
(Poteshnaya Str., 3, Moscow, Russia);

³ First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov
(Trubetskaya Str., 8, p. 2, Moscow, Russia).

Artem Sergeevich Slusarev – PhD Med. Sci., chief psychiatrist, Main Military Hospital named after acad. N.N. Burdenko (Hospital Square, 3, Moscow, 105094, Russia); doctor at the «Alter» Medical Center (Vsevolozhskiy lane, 2/2, Moscow), e-mail: docslusarev@yandex.ru;

✉ Mikhail Yuryevich Kozlov – medical psychologist, assistant at the department of psychological and social work First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Trubetskaya Str., 8, p. 2, Moscow, 119991, Russia), employee at Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkina (Poteshnaya Str., 3, Moscow, 107076, Russia); psychologist at the «Alter» Medical Center (Vsevolozhskiy lane, 2/2, 119034, Moscow), e-mail: mishafetser@gmail.com;

Elena Nikolaevna Ibragimova – medical psychologist, Main Military Hospital named after acad. N.N. Burdenko (Hospital Square, 3, Moscow, 105094, Russia), e-mail: albina1966kazyulina@gmail.com;

Elizaveta Denisovna Ivanitskaya – student, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Trubetskaya Str., 8, p. 2, Moscow, 119991, Russia), e-mail: ivi.lizzie@gmail.com.

Abstract. Diagnostics of maladaptive personality traits is important for the selection of military personnel and the determination of moral and psychological stability in the conditions of military service. The article presents studies on the relationship between anxiety-depressive symptoms and cognitive patterns in servicemen undergoing treatment with adaptive factors disorder. In the course of the study, a correlation was established between the level of depression and anxiety with the schemes of "Mistrust", "Vulnerability", "Suppression of emotions", "Social alienation" and "Emotional deprivation". This indicates interpersonal anxiety, sensitivity, lack of social and communication skills leading to the development of anxiety-depressive symptoms, maladjustment of a serviceman. The results of the study by the authors provide recommendations for the effective use of psychotherapeutic factors in the organization of care for this category of patients.

Keywords: adjustment disorder, early maladaptive schemes, anxiety, depression.

References

1. Abritalin E.Yu., Yusupov V.V., Kostin D.V. [et al.]. Kliniko-psihofiziologicheskie aspekty diagnostiki rasstrojstv adaptacii voennosluzhashchih [Clinical and psychophysiological aspects of adjustment disorders diagnosis in military personnel]. *Meditsinskij vestnik MVD* [MIA Medical Bulletin]. 2016. N 1 (80). Pp. 63–68. (In Russ.)
2. Baklanova V.I., Vyushkova S.S., Lobachev I.V. Osobennosti zhiznestoikosti u voennosluzhashchikh s rasstrojstvom adaptatsii [Features of resilience in military personnel with adaptation disorder]. *Izvestia rossijskoi voenno-meditsinskoj akademii* [Russian Military Medical Academy Reports]. 2019. Vol. 38, N 3. Pp. 217–220. (In Russ.)

3. Bryukhanov A.V. Mediko-psihologicheskaya kharakteristika i differentsialnaya diagnostika dezadaptivnykh sostoianii u voennosluzhashchikh [Medical and psychological estimation and differential diagnostics of deadaptation states of servicemen]. *Tavricheskiy mediko-biologicheskii vestnik* [Tauride Medical and Biological Bulletin]. 2009. Vol. 12, N 1 (45). Pp. 152–157. (In Russ.)

4. Egorov R.S. Prichinnaya struktura rasstrojstv prisposobitelnykh reakcij u voennosluzhashchih po prizyvu [Causal structure of disorders of adaptive reactions in military personnel on conscription]. *Almanax molodoj nauki* [Almanac of young science]. 2014. N 3. Pp. 40–44. (In Russ.)

5. Kapitanaki V.E. Osobennosti zashhitnogo reagirovaniya voennosluzhashchih [Features of the protective response of military personnel]. *Meditsinskaya psihologiya* [Medical psychology]. 2015. Vol. 5, N 1. Pp. 83–94. (In Russ.)

6. Kasyanik P.M., Romanova E.V. Diagnostika rannih dezadaptivnykh shem [Diagnosis of early maladaptive schemes]. Sankt-Peterburg. 2013. 151 p. (In Russ.)

7. Kononchuk V.V., Davydov A.T., Apchel A.V., [et al.]. Osobennosti izmeneniia urovnei psikhicheskoi adaptatsii u voennosluzhashchikh po prizyvu v Sankt-Peterburgskom garnizone [Features of changes of mental adaptation levels in military conscripts in St. Petersburg garrison]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2014. N 4 (48). Pp. 27–30. (In Russ.)

8. Lobachev A.V. Rasstrojstva adaptatsii u voennosluzhashchih (kliniko-organizatsionnye problemy) [Adaptation disorders in military personnel (clinical and organizational problems)]: abstract Dis. ... Dr. med. Sci. 2021. 45 p. (In Russ.)

9. Marchenko A.A., Goncharenko A.Iu., Krasnov A.A. Osobennosti diagnostiki nevroticheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchikh [Diagnostic features of neurotic disorders at servicemen]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2015. N 1 (49). Pp. 48–53. (In Russ.)

10. Marchenko A.A., Shamrei V.K., Nechiporenko V.V. [et al.]. Problemnye aspekty diagnostiki i patomorfoza nevroticheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchikh [Neurotic Disorders in Military Men: Difficult Issues of Diagnosis and Pathology]. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. 2012, N 5 (73). Pp. 61–66. (In Russ.)

11. Popov V.I., Chermianin S.V., Kapitanaki V.E. Psihologicheskie osobennosti formirovaniya rasstrojstv adaptatsii u voennosluzhashchih na nachalnom etape voenno-professionalnoj deyatelnosti [Psychological features by formation disorders adaptation of military during the initial stage of career]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020, N 76 (81). Pp. 72–86. (In Russ.)

12. Rajgorodskij D.Ya. Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy. [Practical psychodiagnosics. Techniques and tests]. Samara. 2001. 672 p. (In Russ.)

13. Remizevich R.S. Fenomenologiya narushenij sna pri rasstrojstvakh adaptatsii u voennosluzhashchih srochnoj sluzhby. Psihiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psihologiya [Phenomenology of sleep disorders with adaptation disorders in military personnel of military service. Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. Materialy konf., Minsk. 2018. Pp. 129–136. (In Russ.)

14. Slyusarev A.S., Kobzov V.A., Murzina-Toloraya O.V. [et al.]. Vzaimosviaz adaptivnosti i tipologicheskikh kharakteristik lichnosti u voennosluzhashchikh s rass-

troistvami nevroticheskogo spektra [The relationship of adaptability and typological personality characteristics in military personnel with disorders of the neurotic spectrum]. *Voенно-медицинский журнал* [The Military Medical Journal]. 2020, Vol. 341, N 7. Pp. 40–47. (In Russ.)

15. Stepanova E.V. Osobennosti psikhologicheskikh zashchit i sposobov sovladaushchego povedeniia voennosluzhashchikh po prizyvu s pervichnym diagnozom rasstroistvo "adaptatsii" [Peculiarities of psychological protection and methods of conducting behavior of military servants on calling with primary diagnosis "adaptation disorder"]. *Sistemnaia integratsiia v zdravookhraneniі* [System Integration in Health Care]. 2017, N 3 (33). Pp. 51–55. (In Russ.)

16. Sukachova O.N. Rezultaty izucheniya trevozhnosti i depressii u byvshix voennosluzhashchih s priznakami adaptatsionnykh rasstrojstv (F 43.2), uvolennykh iz ryadov vooruzhennykh sil v hode reformirovaniya armii [Results of the study of anxiety and depression in former servicemen with signs of adaptation disorders (F 43.2) dismissed from the armed forces during the reform of the army]. *International Scientific Journal. Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Healths*. 2015. N 5 (11). Pp. 72–82. (In Russ.)

17. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 268 p. (In Russ.)

18. Andreasen N.C., Hoenck P.R. The predictive value of adjustment disorder in adolescents and adults. *Am. J. Psychiatry*. 1982. Vol. 139. Pp. 584–590.

19. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guideline. Geneva: World Health Organization, 1992. 267 p.

Received 29.09.2021

For citing: Slusarev A.S., Kozlov M.Y., Ibragimova E.N., Ivanitskaya E.D. Rol rannih dezadaptivnykh shem v razvitiі trevozhno-depressivnoy simptomatiki u voennosluzhashchih s rasstrojstvom prisposobitelnykh reakcij. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 80. Pp. 25–38. (In Russ.)

Slusarev A.S., Kozlov M.Y., Ibragimova E.N., Ivanitskaya E.D. The connection between early maladaptive schemas and anxiety-depressive symptoms which are observed in military men with impaired adaptive reactions. *Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 80. Pp. 25–38.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9.07

А.Н. Алёхин, Э.А. Неберекутина

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, Набережная реки Мойки, д. 48)

В статье описываются результаты исследования самооценки психического и функционального состояния учащейся молодёжи в период самоизоляции и дистантного обучения. Анализировалась роль социально-демографических характеристик, оказывающих влияние на качество адаптации к измененным условиям жизнедеятельности. Было опрошено 199 студентов из разных вузов Российской Федерации, которые были разделены на группы в зависимости от социальных факторов. Для исследования психического и функционального состояния использовалась стандартизированная методика и анкета, разработанная с целью выявления различных социальных факторов. Для статистической обработки данных применялся t-критерий Стьюдента.

По результатам исследования было выявлено, что условия самоизоляции, как непривычные условия жизнедеятельности для большинства людей, являются существенным фактором, нарушающим психическую адаптацию. Эти нарушения манифестируют изменения психического и функционального состояния, которые фиксируются в самооценках. Среди психогенных факторов условий самоизоляции, оказывающих существенное влияние на качество адаптации, следует указать такие, как пол, возраст, уровень материального благополучия (внешние факторы), а также характер микросоциального окружения.

Ключевые слова: самоизоляция, психическая адаптация, психогения, пандемия, психоэмоциональное состояние, непривычные условия жизнедеятельности.

Алёхин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинич. психологии и психологической помощи, Рос. гос. педагогический ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48), e-mail: termez59@mail.ru;

✉ Неберекутина Элла Анатольевна – аспирант каф. клинич. психологии и психологической помощи, Рос. гос. педагогический ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48), e-mail: ella.neberkutina@gmail.com.

Введение

В начале 2020 года мир столкнулся с пандемическим процессом, обусловленным распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. Противоэпидемические мероприятия, предпринятые органами власти, существенно изменили привычные условия жизнедеятельности для множества людей. Особенно актуальным в этом аспекте оказался режим самоизоляции, в соответствии с которым большая часть активности была смещена в виртуальный формат. Проблема адаптации человека к измененным условиям существования наиболее полно и глубоко исследовалась в 70-х годах О.Н. Кузнецовым и В.И. Лебедевым при психологической подготовке космонавтов. В результате обобщения и анализа огромного количества эмпирических и экспериментальных данных эти авторы обосновали и ввели в теоретические основы медицинской психологии чрезвычайно важные и актуальные сегодня концепты, в частности: «психогении непривычных условий существования» и «псевдопсихопатологические феномены» [5].

Условия самоизоляции очевидно являются теми измененными условиями жизнедеятельности, в которых процессы психической адаптации выступают в своём психологическом и клиническом аспектах наиболее явно [1]. Целью данной части исследований было выяснить значение ряда факторов социального характера, которые оказывали влияние на качество и скорость адаптационного процесса.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели были опрошены 199 студентов из разных вузов Российской Федерации. Возраст испытуемых – от 17 до 26 лет, из них 40 человек – мужчины и 159 человек – женщины, что соответствует 80 %.

В ходе опроса прояснялся ряд социально-демографических характеристик респондентов, такие как: пол, возраст, условия проживания, форма занятости и т.п. Методика САН позволила оценить некоторые аспекты психического и функционального состояния респондентов [2, 3].

Испытуемым предлагалось оценить свое актуальное состояние в соответствии со шкальными оценками.

Результаты

Анализировались интегральные самооценки самочувствия, активности и настроения у представителей групп респондентов, различающихся

сы по условиям самоизоляции. При опросе их было установлено, что в условиях самоизоляции многие респонденты испытывали чувство раздражения по отношению к окружающим, боялись заболеть, отмечали проявления апатии, скуки. Для сравнения были отобраны наиболее информативные социальные факторы. Для оценки достоверности полученных данных был применен t-критерий Стьюдента (табл. 1).

Таблица 1

Самооценки состояния учащейся молодежи, разделенной на группы по различным социальным критериям, $x \pm \sigma$

Показатель САН	Самооценки самочувствия в группах		Уровень значимости
	мужчины	женщины	
Общий показатель САН	4,97 ± 1,29	4,27 ± 1,24	0,001 ≤ p ≤ 0,01
Самочувствие	5,22 ± 1,42	4,2 ± 1,4	p ≤ 0,001
Активность	4,63 ± 1,3	4,1 ± 1,2	0,001 ≤ p ≤ 0,01
Настроение	5,06 ± 1,3	4,53 ± 1,4	0,001 ≤ p ≤ 0,01
	возраст 17–22 года	возраст 23–26 лет	
Общий показатель САН	4,33 ± 1,29	4,83 ± 1,15	0,01 ≤ p ≤ 0,05
Самочувствие	4,33 ± 1,48	4,8 ± 1,32	p > 0,05
Активность	4,11 ± 1,24	4,64 ± 1,13	0,01 ≤ p ≤ 0,05
Настроение	4,56 ± 1,42	5,05 ± 1,19	0,01 ≤ p ≤ 0,05
	Материальное положение		
	удовлетворительное	неудовлетворительное	
Общий показатель САН	5,05 ± 1,02	4,09 ± 1,28	p < 0,001
Самочувствие	5,23 ± 1,32	4,08 ± 1,43	p < 0,001
Активность	4,75 ± 0,93	3,92 ± 1,28	p < 0,001
Настроение	5,34 ± 1,05	4,28 ± 1,41	p < 0,001
	Отношение к дистантному образованию		
	не удовлетворяет дистантное образование	удовлетворяет дистантное образование	
Общий показатель САН	3,98 ± 1,21	4,81 ± 1,21	p ≤ 0,001
Самочувствие	3,9 ± 1,37	4,89 ± 1,4	p ≤ 0,001
Активность	3,79 ± 1,2	4,58 ± 1,14	p ≤ 0,001
Настроение	4,25 ± 1,35	4,99 ± 1,34	p ≤ 0,001
	Преимущественная форма общения		
	общение в социальных сетях	личное общение	
Общий показатель САН	3,06 ± 2,11	4,51 ± 1,3	p ≤ 0,001
Самочувствие	3,12 ± 2,07	4,48 ± 1,5	p ≤ 0,001
Активность	2,93 ± 2,07	4,27 ± 1,23	p ≤ 0,001
Настроение	3,13 ± 2,24	4,77 ± 1,42	p ≤ 0,001

В результате проведённого анализа было установлено, что мужская часть респондентов в целом оценивает своё состояние выше, чем женская ($0,001 \leq p \leq 0,01$). Мужчины демонстрировали более высокие оценки по всем шкалам САН, чем женщины. Подобный феномен: женщины тяжелее переносят условия социальной депривации – описывался в научной литературе [4], но требует дополнительного изучения.

Для оценки значения возраста все респонденты были поделены на группы: от 17 до 19 лет – 89 респондентов (44,7 %), от 20 до 22 лет – 77 респондентов (38,7 %), от 23 до 25 – 9 респондентов (4,5 %), старше 25 лет – 24 респондента (12,1 %). Деление группы проводилось не в зависимости от возрастной периодизации психического развития, а исходя из возрастных характеристик участвующих в опросах респондентов.

Таким образом, выборка была поделена на две группы: от 17 до 22 лет, в которую вошли 166 студентов, и старше 23 лет, в которую вошли 33 студента.

Анализ самооценок состояния показал, что испытуемые в возрасте от 17 до 22 лет оценивают своё состояние хуже, чем более старшие ($0,01 \leq p \leq 0,05$). Они тяжелее переносят самоизоляцию, самочувствие ухудшается, активность снижается, формируется общий низкий фон настроения.

Важным фактором, влияющим на самочувствие респондентов, оказалось материальное положение. По уровню последнего респонденты распределились таким образом: у 67 респондентов (33,7 %) удовлетворительное материальное положение, у 132 (66,3 %) – неудовлетворительное материальное положение.

Самооценки самочувствия, активности, настроения были значимо ниже в группе респондентов, которые оценивали своё материальное положение как неудовлетворительное ($p < 0,001$).

Дистантное образование удовлетворяло потребности в деятельности у 104 студентов (52,3 %), 95 студентов (47,7 %) отмечали его явную недостаточность для учебных целей.

Студенты, которые довольствуются дистантной формой учебной активности, выше оценивали своё состояние ($p \leq 0,001$).

Еще один критерий, на котором стоит акцентировать внимание, – это форма общения, которую предпочитают респонденты. Было выделено 2 группы: те, кто предпочитают общаться в социальных сетях, – 55 респондентов, что составляет 27,64 %, и те, кто предпочитают личное общение, – 144 респондента (72,36 %).

Из полученных результатов следует, что респонденты, которые предпочитают личную форму общения, показали значения по САН выше, чем те студенты, которые привыкли общаться в социальных сетях ($p \leq 0,001$).

Важным условием самооценки состояния оказались и условия самоизоляции. Респонденты были разделены на группы в зависимости от того, с кем они проживают на данный момент. Распределение этой характеристики в выборке респондентов было следующим: с друзьями проживали 46 респондентов (23,1 %), одни – 34 респондента (17,1 %), с партнером – 43 респондента (21,7 %), с родителями – 76 (38,1 %).

В результате анализа условий самоизоляции были сформированы следующие группы респондентов: с друзьями, один/одна, с партнером, с родителями. В табл. 2 представлены результаты самооценки состояния респондентов этих групп.

Таблица 2

Самооценки состояния учащейся молодежи, разделенной на группы в зависимости от условий проживания, $x \pm \delta$

	Самооценки состояний в группах				Уровень значимости, $p \leq$	
	1 (один, одна)	2 (с родителями)	3 (с партнером)	4 (с друзьями)	0,05	0,001
Общий показатель САН	$4,2 \pm 1,37$	$4,45 \pm 1,24$	$4,86 \pm 1,12$	$4,1 \pm 1,34$	1/3*	3/4**

Примечание. * – уровень значимости $0,01 \leq p \leq 0,05$ выявлен между группами учащейся молодежи, которые проживают одни и с партнером; ** – уровень значимости $p \leq 0,001$ выявлен между группами учащейся молодежи, которые проживают с партнером и с друзьями.

Из данных, представленных в таблице, видно, что студенты, которые проживают одни, ниже оценивают своё состояние, что может косвенно свидетельствовать о значении социальных контактов в условиях самоизоляции. Однако не любых социальных контактов, а доверительных, поскольку самооценки самочувствия, активности и настроения у студентов, которые проживают с друзьями или в общежитии, также оказались не высокими. А наиболее высокие показатели самооценки состояния установлены для студентов, которые проживают с партнером.

Таким образом, в результате исследования установлено, что условия самоизоляции являются непривычными условиями жизнедеятельности для

большинства людей и, следовательно, существенным фактором, нарушающим психическую адаптацию. Эти нарушения манифестируют изменения психического и функционального состояния, которые фиксируются в самооценках. Среди психогенных факторов условий самоизоляции, оказывающих существенное влияние на качество адаптации, следует указать такие, как пол, возраст, уровень материального благополучия (внешние факторы), а также характер микросоциального окружения. Так, респонденты, проживающие в близких или доверительных отношениях с другими людьми, меньше жалуются на самочувствие, нежели те респонденты, которые вынуждены переносить самоизоляцию в заданных условиях или в одиночестве.

Заключение

Самоизоляция как необходимое противоэпидемическое мероприятие имеет, однако, и очевидное психогенное значение, обусловленное нарушением привычного способа жизни для большинства людей. Такие факторы самоизоляции, как социальная депривация, изменение привычных форм активности, тревога из-за угрозы здоровью и благополучию и т.п., формируют новые условия жизнедеятельности, адаптация к которым требует времени и сопровождается транзиторными изменениями психического и функционального состояния. Среди психогенных факторов самоизоляции можно условно выделить факторы саногенного характера, которые облегчают адаптацию, и стрессорные факторы, которые её затрудняют. Психологическая профилактика нарушений психической адаптации в непривычных условиях жизнедеятельности предполагает знание о значении различных условий жизнедеятельности для формирования адекватного поведения в изменившихся условиях.

Литература

1. Алехин А.Н., Дубинина Е.А. Пандемия: клинико-психологический аспект // Артериальная гипертензия. – 2020. – № 26 (3). – С. 312–316. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316>.
2. Барканова О.В. (сост.) Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Серия: Библиотека актуальной психологии. – Вып. 2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
4. Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. – М.: Медицина, 1972. – 336 с.

5. Лебедев В.И. Психогенные факторы некоторых измененных условий существования // Вопросы психологии. – 1979. – № 5. – С. 62–71.

Поступила 24.05.2021

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

Для цитирования. Алёхин А.Н., Неберекутина Э.А. Динамика психического состояния учащейся молодежи в условиях самоизоляции // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 39–46.

THE DYNAMICS OF THE MENTAL STATE OF STUDENT IN CONDITIONS OF SELF-ISOLATION

Alekhin A.N., Neberekutina E.A.

Herzen State University (Moika Emb., 48, St. Petersburg, Russia)

Anatoliy Nikolaevich Alekhin – Dr. Med Sci., Prof., Head of Department clinical psychology and psychological help, Herzen State University (Moika Emb., 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termesz59@mail.ru;

✉ Ella Anatolievna Neberekutina – PhD Student, Herzen State University, (Moika Emb., 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: ella.neberekutia@gmail.com.

Abstract. The article describes the results of a study of self-assessment of students' mental and functional state during the period of self-isolation and distance learning. The role of social characteristics influencing the quality of adaptation to changed living conditions has been analyzed. 199 students from different universities of the Russian Federation were interviewed, they were divided into groups depending on social factors. To study the mental and functional state there was used a standardized methodology and a questionnaire designed to identify various social factors. For statistical processing of the data the Student's t-test was used.

The results of the study revealed that the conditions of self-isolation as unusual living conditions for most people are a significant factor that disrupts mental adaptation. These disorders are manifested by changes in the mental and functional state recorded in self-assessments. Among the psychogenic factors of the conditions of self-isolation which have a significant impact on the quality of adaptation one should point out such as gender, age, level of material well-being (external factors) as well as the nature of the microsocial environment.

Keywords: self-isolation, mental adaptation, psychogenia, pandemic, psycho-emotional state, unusual living conditions.

References

1. Alekhin A.N., Dubinina E.A. Pandemiya: kliniko-psihologicheskij aspekt [Pandemic: clinical and psychological aspect]. *Arterialnaja gipertenzija* [Arterial hypertension]. 2020. N 26 (3). Pp. 312–316. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-3-312-316>. (In Russ.)
2. Barkanova O.V. (sost.) Metodiki diagnostiki jemocionalnoj sfery: psihologicheskij praktikum. Serija: Biblioteka aktual'noj psihologii [Techniques for diagnosing the emotional sphere: psychological workshop. Series: Library of current psychology]. Iss. 2. Krasnojarsk. 2009. 237 p. (In Russ.)
3. Doskin V.A., Lavrenteva N.A., Miroshnikov M.P., Sharaj V.B. Test differencirovannoj samoocenki funkcionalnogo sostojanija [Test of differentiated self-assessment of functional state]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 1973. N 6. Pp.141–145. (In Russ.)
4. Kuznecov O.N., Lebedev V.I. Psihologija i psihopatologija odinochestva [Psychology and psychopathology of loneliness]. Moskva. 1972. 336 p. (In Russ.)
5. Lebedev V.I. Psihogennye faktory nekotoryh izmenennyh uslovij sushhestvovaniya [Psychogenic factors of some changed conditions of existence]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology] 1979. N 5. Pp. 62–71. (In Russ.)

Received 24.05.2021

For citing. Alekhin A.N., Neberekutina E.A. Dinamika psikhicheskogo sostoyaniya uchashhejsya molodezhi v usloviyah samoizolyacii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 39–46. (In Russ.)

Alekhin A.N., Neberekutina E.A. The dynamics of the mental state of student in conditions of self-isolation. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 39–46.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ НА ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

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

В статье рассматриваются результаты исследования временной нетрудоспособности сотрудников органов внутренних дел и её зависимости от уровня их стрессоустойчивости и психологического стресса. Определены критерии, и выделены группы сотрудников с высоким, средним и низким уровнем стрессоустойчивости. Проанализирована временная нетрудоспособность сотрудников с различным уровнем стрессоустойчивости с учётом официальных и неофициальных больничных. Проанализирован уровень психологического стресса у сотрудников с различным уровнем стрессоустойчивости.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, стресс, временная нетрудоспособность, служебная деятельность, профессиональная деятельность, психосоматические заболевания, сотрудники органов внутренних дел.

Проблема исследования

Влияние стресса на профессиональную деятельность и возникновение психосоматических заболеваний рассматривались в работах многих авторов – Бодрова В.А. [1], Вассермана Л.И. [2], Китаева-Смыка Л.А. [5], Марищука В.Л., Евдокимова В.И. [6], Реана А.А. [9], Р. Сопольски [10, 11] и др. Несмотря на наличие многочисленных исследований, данная проблема остаётся достаточно актуальной и в настоящее время, особенно при рассмотрении профессий с высоким уровнем стрессогенности, к каковым с полной уверенностью можно отнести и работу сотрудников органов внутренних дел. Профессиональный стресс сотрудников органов внутренних дел также являлся предметом целого ряда научных работ – Пряхиной М.В., Кобозева И.Ю. [8], Шиховой А.П. [13], Солдатова В.А. [12] и др. Вместе с тем влияние стрессоустойчивости сотрудников органов внутренних дел на

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

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

возникновение у них заболеваний различной этиологии, приводящих к нетрудоспособности, в настоящее время мало исследовано.

Актуальность данного исследования заключается в том, что до сих пор нет даже приблизительных оценок соотношения уровня стрессоустойчивости сотрудников органов внутренних дел с продолжительностью их нетрудоспособности. Данная проблема связана с необходимостью подбора специального психодиагностического инструментария для оценки текущего уровня стрессоустойчивости сотрудников и объективных критериев учёта их нетрудоспособности, зачастую связанной не только с нахождением на официальном больничном, но и с реальными заболеваниями, нередко переносимыми «на ногах».

Исходя из вышесказанного, целью настоящего исследования будет изучение влияния стрессоустойчивости сотрудников органов внутренних дел на продолжительность их нетрудоспособности.

Материал и методы

В эмпирическом исследовании приняли участие 90 сотрудников органов внутренних дел со стажем службы от 5 до 15 лет. Среди обследованных сотрудников были выделены 3 группы – с высоким, средним и низким уровнем стрессоустойчивости. В качестве критериев, по которым оценивался уровень стрессоустойчивости, были использованы: методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге (в адаптации Н.Е. Водопьяновой) [3]; методика устойчивости к стрессу Готвальда – Ховальда (в адаптации Н.Е. Водопьяновой) [3, 4]; методика Стресс-1 (шкала психологического стресса PSM-25) [3].

Правильность подбора указанных методик была подтверждена по итогам статистической обработки данных, в ходе которой была выявлена положительная корреляция как между указанными методиками ($r = 0,489$, $p < 0,001$), так и между показателями официальной нетрудоспособности ($r = 0,263$, $p < 0,05$) и неофициальной нетрудоспособности ($r = 0,575$, $p < 0,001$). В таблице 1 приводятся критерии отнесения сотрудникам к группам стрессоустойчивости и количество вошедших в них сотрудников.

В качестве объективного критерия временной нетрудоспособности сотрудников органов внутренних дел нами использовалось количество официальных больничных в течение года. Вместе с тем, в связи с высокой загруженностью по службе, многие сотрудники не берут официальный больничный, таковых мы также учитывали и включили в понятие «неофициальные больничные», подразумевающее недомогание, которое сотруд-

ник переносит, не прекращая служебную деятельность. Количество «неофициальных больничных» выявлялось путём опроса обследованных сотрудников.

Таблица 1
Критерии и распределение сотрудников по уровням стрессоустойчивости

Уровень стрессоустойчивости	Показатели стрессоустойчивости		% сотрудников
	Готвальда – Ховальда, (M ± σ)	Холмса – Page, (M ± σ)	
Высокий уровень стрессоустойчивости (группа № 1), n = 29	10 ± 3,94	140 ± 39,6	32
Средний уровень стрессоустойчивости (группа № 2), n = 33	21,5 ± 6,33	228 ± 42,2	37
Низкий уровень стрессоустойчивости (группа № 3), n = 28	43,07 ± 13,01	504,6 ± 46,8	31

Статистическая обработка проводилась с использованием Т-критерия Стьюдента и корреляционного анализа на основе критерия Пирсона, для обработки полученных данных использовались пакеты программ – SPSS Statistics 21, Microsoft Excel 2013 [7].

Результаты и их анализ

Результаты изучения частоты временной нетрудоспособности сотрудников ОВД с различным уровнем стрессоустойчивости приводятся в табл. 2.

Таблица 2
Частота временной нетрудоспособности сотрудников ОВД, M ± σ

Группа сотрудников ОВД	Вид нетрудоспособности	Частота нетрудоспособности
Высокий уровень стрессоустойчивости	официальные больничные	0,50 ± 1,40
	неофициальные больничные	4,07 ± 2,80
Средний уровень стрессоустойчивости	официальные больничные	1,90 ± 2,80
	неофициальные больничные	8,70 ± 5,10
Низкий уровень стрессоустойчивости	официальные больничные	3,96 ± 4,49
	неофициальные больничные	21,00 ± 9,98

Данные, приведённые в таблице 2, убедительно подтверждают прямую зависимость частоты временной нетрудоспособности сотрудников ОВД от уровня их стрессоустойчивости. Причём данная зависимость существенно более выражена при учёте «неофициальных больничных». Таким образом, уровень стрессоустойчивости объективно связан с продолжительностью временной нетрудоспособности и существенно влияет на частоту заболеваемости сотрудников ОВД.

Далее мы сравнили показатели стрессоустойчивости по методикам Готвальда – Ховальда, Холмса – Раге и уровень психологического стресса по методике PSM-25 во всех выделенных группах. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа показателей уровня стресса и стрессоустойчивости сотрудников ОВД, $M \pm m$

Название шкал	Уровень стрессоустойчивости			P <
	высокий, n = 29	средний, n = 33	низкий, n = 28	
Устойчивость к стрессу (методика Готвальда – Ховальда)	10,03 ± 0,73	21,52 ± 1,11	43,07 ± 2,46	P ₂₋₃ 0,001 P ₂₋₄ 0,001 P ₃₋₄ 0,001
Стрессоустойчивость (Холмса – Раге)	139,66 ± 7,34	227,85 ± 7,40	504,61 ± 46,8	P ₂₋₃ 0,001 P ₂₋₄ 0,001 P ₃₋₄ 0,001
Шкала психологического стресса (PSM-25)	84,44 ± 4,42	128,93 ± 4,05	159,19 ± 2,91	P ₂₋₃ 0,001 P ₂₋₄ 0,001 P ₃₋₄ 0,001

По результатам сравнительного анализа выявлены достоверные отличия на уровне значимости $p < 0,001$ по всем трём показателям стресса и стрессоустойчивости во всех выделенных группах сотрудников ОВД. Данный результат лишний раз подтверждает объективность избранных критериев для выделения групп сотрудников по уровню их стрессоустойчивости. При этом в группе сотрудников с низким уровнем стрессоустойчивости отмечается максимальный уровень стресса по шкале PSM-25, а в группе с высоким уровнем стрессоустойчивости отмечается минимальный уровень стресса по шкале PSM-25.

Таким образом, нами были получены убедительные доказательства влияния уровня стрессоустойчивости и стресса на частоту заболеваемости сотрудников ОВД и общую продолжительность их официальной и неофициальной нетрудоспособности.

Выводы

1. Количество официальных больничных сотрудников ОВД тем выше, чем ниже их уровень стрессоустойчивости. Аналогичная, но более выраженная зависимость прослеживается при учёте «неофициальных больничных», что указывает на существенное положительное влияние уровня стрессоустойчивости сотрудников ОВД на их заболеваемость.

2. Высокий уровень психологического стресса сотрудников ОВД сопровождается низкой стрессоустойчивостью и приводит к снижению сопротивляемости организма заболеваниям различной этиологии и увеличению продолжительности нетрудоспособности.

3. Для повышения эффективности профессиональной деятельности сотрудников ОВД необходимо проводить психологическую работу, направленную на повышение уровня стрессоустойчивости и снижение уровня психологического стресса.

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. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
3. Водопьянова Н.Е. Стресс-менеджмент: учебник для бакалавриата и магистратуры. – М.: Юрайт, 2018. – 283 с.
4. Готвальд Ф.-Т., Ховальд В. Аюрведа в бизнесе: Система оздоровления личности, рабочего места и предприятия. – М.: Гранд Фаир-Пресс, 2000. – 382 с.
5. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. – М.: Смысл, 2012. – 570 с.
6. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: Дом, 2004. – 260 с.
7. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. – СПб.: Речь, 2012. – 392 с.
8. Пряжина М.В., Кобозев И.Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика: монография. – СПб.: Политехника-Сервис, 2011. – 205 с.
9. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.
10. Сапольски Р. Почему у зебр не бывает инфаркта. Психология стресса. – СПб.: Питер, 2019. – 480 с.
11. Сапольски Р. Психология стресса. – СПб.: Питер, 2015. – 480 с.
12. Солдатов В.И. Особенности и прогнозирование стресс-преодолевающего поведения в деятельности оперуполномоченных криминальной милиции МВД России : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.

13. Шихова А.П. Профессиональный стресс в деятельности сотрудников специализированных подразделений дознания органов внутренних дел : дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 177 с.

Поступила 02.11.2021

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

Для цитирования. Кобозев И.Ю., Золотенко В.А. Влияние стрессоустойчивости на временную нетрудоспособность сотрудников органов внутренних дел // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 47–53.

INFLUENCE OF STRESS RESISTANCE ON TEMPORARY DISABILITY 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 Prof. 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. The article examines the results of a study of temporary disability of employees of internal affairs bodies and its dependence on the levels of their stress resistance and psychological stress. Criteria are defined and groups of employees with high, medium and low levels of stress resistance are identified. The temporary disability of employees with different levels of stress tolerance is analyzed, taking into account official and unofficial sick leave. The level of psychological stress among employees with different levels of stress tolerance is analyzed.

Keywords: stress resistance, stress, temporary disability, official activity, professional activity, psychosomatic diseases, employees of internal affairs bodies.

References

1. Bodrov V.A. Psikhologiya professionalnoj deyatel'nosti: Teoreticheskie i prakticheskie problemy [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 psikhodiagnostika [Coping with stress: theory and psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.)
3. Vodopyanova N.E. Stress-menedzhment [Stress management: textbook for undergraduate and graduate studies]. Moskva. 2018. 283 p. (In Russ.)
4. Gotvald F.-T., Hovald V. Ayurveda v biznese: Sistema ozdorovleniya lichnosti, rabocheho mesta i predpriyatiya [Ayurveda in business: A system of personal, workplace and enterprise health improvement]. Moskva. 2000. 382 p. (In Russ.)
5. Kitaev-Smyk L.A. Organizm i stress: stress zhizni i stress smerti [Organism and stress: stress of life and stress of death]. Moskva. 2012. 570 p. (In Russ.)
6. Marishhuk V.L., Evdokimov V.I. Povedenie i samoregulyaciya cheloveka v usloviyah stressa [Behavior and self-regulation of a person under stress]. Sankt-Peterburg. 2004. 260 p. (In Russ.)
7. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya danny [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation]. Sankt-Peterburg. 2012. 392 p. (In Russ.)
8. Pryahina M.V., Kobozev I.Yu. Professionalnyj stress rukovoditelej organov vnutrennih del i ego psikhoprofilaktika [Professional stress of heads of internal affairs bodies and its psychoprophylaxis]. Sankt-Peterburg. 2011. 205 p. (In Russ.)
9. Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A. Psikhologiya adaptatsii lichnosti [Psychology of personality adaptation]. Sankt-Peterburg. 2008. 479 p. (In Russ.)
10. Sapolski R. Pochemu u zebra ne byvaet infarkta. Psikhologiya stressa [Why zebras do not have a heart attack. Psychology of stress]. Sankt-Peterburg. 2019. 480 p. (In Russ.)
11. Sapolski R. Psikhologiya stressa [Psychology of stress]. Sankt-Peterburg. 2015. 480 p. (In Russ.)
12. Soldatov V.I. Osobennosti i prognozirovanie stress-preodolevayushhego povedeniya v deyatelnosti operupolnomochennykh 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.)
13. Shihova A.P. Professionalnyj stress v deyatelnosti sotrudnikov specializirovannyh podrazdelenij doznaniya organov vnutrennih del [Professional stress in the activities of employees of specialized investigation departments of internal affairs bodies]: Dis. ... PhD. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 177 p. (In Russ.)

Received 02.11.2021

For citing. Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A. Vliyanie stressoustojchivosti na vremennuyu netrudosposobnost sotrudnikov organov vnutrennih del. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 47–53. (In Russ.)

Kobozev I.Yu., Zolotenko V.A. Influence of stress resistance on temporary disability of police officers. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 47–53.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ АКТЕРСКОЙ ПРОФЕССИИ

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

С целью изучения взаимосвязи личностных особенностей и профессионального стресса у представителей актерской профессии было обследовано 29 актеров в возрасте от 22 до 40 лет, мужского и женского пола, получивших высшее актерское образование. В качестве группы сравнения выступили 27 представителей других специальностей в возрасте от 21 года до 46 лет. Оценка личностных особенностей представителей актерской профессии и других специальностей проводилось с использованием методик, направленных на оценку уровня профессионального стресса, реакции на социальную фрустрацию, смыслозначимых ориентаций, копинг-стратегий и психологических защит.

Было выявлено, что у представителей актерской профессии с высоким уровнем профессионального стресса на первый план выходит низкая вовлеченность в деятельность и неудовлетворенность от самореализации, наличие агрессивных тенденций, преобладание неадаптивных психологических защит и копинг-стратегий, а также выраженность параноидных, импульсивных, пограничных и тревожных патохарактерологических черт. В целом, представителей актерской профессии отличает выраженность патохарактерологических черт, преобладание копингов, связанных с повышенной конфронтацией и избеганием проблемных ситуаций, а также тенденция к самоанализу и рефлексии. Выявлена возрастная специфика преодоления проблемных ситуаций и наличия агрессивных тенденций. Более младшие представители актерской профессии отличались низкой агрессивностью, преобладанием адаптивных психологических защит, большей ответственностью, тенденцией к самоанализу и рефлексии; при этом в проблемных ситуациях демонстрировали конфронтационное поведение и уклонение от решения проблем. Также выделена гендерная специфика формирования профессионального стресса и предпочтений копинг-стратегий. Было установлено, что женщины чаще нуждались в социальной поддержке в стрессовой ситуа-

✉ Кабанова Татьяна Николаевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаборатории психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: tatianak0607@yandex.ru;

Дубинский Александр Александрович – канд. психол. наук, науч. сотр. лаборатории психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru.

ции и уклонялись от решения проблем, и у них существенно ниже уровень физической агрессии. Отмечено, что женщины, представители актерской профессии, в большей степени подвержены риску формирования профессионального стресса, по сравнению с мужчинами.

Ключевые слова: представители актерской профессии, профессиональный стресс, личностные особенности, адаптационные возможности.

Введение

В последние годы значительно возрос интерес к вопросам, связанным со стрессом и механизмами формирования стрессоустойчивости в профессиональной деятельности человека. Трудовая деятельность многих профессий часто проходит в условиях, требующих усиленного расхода внутренних резервов человека [2]. В связи с этим большое значение приобретает изучение личностных особенностей и уровня адаптационных возможностей, способствующих успешной адаптации человека в процессе своей жизнедеятельности [3, 5, 6, 7].

Особый интерес представляют творческие профессии, предполагающие тесную взаимосвязь личностных особенностей и профессиональной успешности. Актерская деятельность является уникальной, поскольку ее главным инструментом выступает личность самого человека [5]. Профессиональная деятельность актеров подразумевает публичность, перевоплощения и вживание в разные сценические образы, что требует гибкости и подвижности психики. В связи с этим она предполагает определенный набор личностных характеристик и установок, которые повышают риск психической и социальной дезадаптации [10].

По данным еженедельного журнала «Профиль» (<https://profile.ru/>), всего в год из базовых театральных вузов – ВГИКа, МХАТа, ГИТИСа, Театрального института имени Бориса Щукина и Высшего театрального училища (института) им. М.С. Щепкина – выпускается около 350 актеров и режиссеров, а в театры попадает не более 30 % выпускников. Поэтому в случае неудачно сложившейся карьеры творческие личности находятся в зоне риска возникновения нервно-психических заболеваний, психической и социальной дезадаптации. В большинстве случаев в актерской среде дезадаптация выражается в форме алкоголизации и зависимости от наркотических веществ, аффективных расстройств и суицидальных попыток [4].

Одним из ведущих факторов дезадаптивного поведения является стресс, источником которого могут служить особенности профессиональной деятельности. Н.В. Самоукина детально описала наиболее частные виды профессиональных стрессов: профессиональный стресс достижения;

стресс конкуренции; стресс, вызванный страхом совершить ошибку; стресс от несоответствия темпов общения с работниками и т.д. [9].

Проблему стресса подробно рассматривали Ю.В. Щербатых и Ф.Е. Василюк. Ф.Е. Василюк выделил 4 принципа, которым подчиняются процессы переживания: «принципы удовольствия и реальности» и «принципы ценности и творчества». По мнению Ф.Е. Василюка, жизненной задачей личности является обретение душевного равновесия и реализация «необходимостей жизни», а переживание – это процесс, направленный на одну из целей, зависимую от этих «внутренних» потребностей [1, 11].

Исследователи выделяют личностные и организационные факторы, способствующие формированию профессионального стресса. Внешние факторы оказывают значительное влияние, однако ведущую роль в развитии профессионального стресса принадлежит внутренним механизмам, связанным с активностью и особенностями личности профессионала. Поэтому изучение индивидуально-психологических особенностей личности представляется наиболее важной областью исследования [2].

Большой вклад в теоретическую базу актерского искусства внес русский театральный актер и режиссер К.С. Станиславский. В книге «Работа актера над собой» К.С. Станиславский описал внутреннюю работу актера, его творческие переживания, рассмотрел возможность профессионального выгорания, разработал множество техник, способствующих эмоциональному и профессиональному становлению [8].

В современных исследованиях проблема взаимосвязи личностных особенностей и профессионального стресса у представителей актерской профессии недостаточно разработана.

В связи с этим целью настоящего исследования является оценка личностных факторов и их сопряженности с профессиональным стрессом у представителей актерской профессии.

Материалы и методы

Обследовано 29 актеров в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст – $28,76 \pm 5,52$ года), мужского и женского пола, получивших высшее актерское образование. В качестве группы сравнения выступили 27 представителей других специальностей в возрасте от 21 до 46 лет (средний возраст – $29,30 \pm 8,86$ года)¹.

¹ В исследовании принимала участие магистрант факультета Юридической психологии МГППУ Я.А. Денискина.

Исследование личностных особенностей представителей актерской профессии и других специальностей проводилось с использованием следующих диагностических инструментов: теста на общий уровень профессионального стресса (Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышников), шкалы эмоциональных схем Роберта Лихи, опросника уровня социальной фрустрированности (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, М.А. Березин), опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, теста смысложизненных ориентаций (James Crumbaugh, Leonard Maholic, 1964, в адаптации Леонтьева Д.А. (1988)), опросника структуры психологических защит М. Бонда (в адаптации Туник Е.Е., 2010), методики исследования расстройств личности по международной схеме (Lorangeretal A.W., 1992), теста жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И., 2006), опросника «Ауто- и гетероагрессия» (Ильин Е.П., 2004), теста агрессивности Л.Г. Почебут. Статистический анализ эмпирических данных производился с помощью описательных статистик с анализом частоты распределения и средних значений психологических показателей; непараметрического критерия U-Манна-Уитни; кластерного анализа (метод k-средних); корреляционного анализа (критерий ранговой двухсторонней корреляции г-Спирмена); дискриминантного анализа.

Анализ данных проводился в программных пакетах IBM SPSSv 20 и Excel-2019.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования для выделения специфических для актеров личностных характеристик были выявлены значимые различия средних значений дисперсий психологических показателей между группой актеров и лиц других профессий (критерий U-Манна-Уитни) (рис. 1).

Было выявлено, что актеров, по сравнению с представителями других профессий, отличала большая выраженность патохарактерологических черт: параноидных ($U = 246,5$; $p = 0,015$), шизоидных ($U = 239$; $p = 0,011$), эмоционально-неустойчивых по импульсивному типу ($U = 104$; $p = 0,000$), истерических ($U = 176,5$; $p = 0,000$), ананкастных ($U = 188,5$; $p = 0,001$), тревожных ($U = 227$; $p = 0,006$) и зависимых патохарактерологических черт ($U = 185$; $p = 0,001$), в качестве стратегий совладания со стрессовыми ситуациями преобладали копинги, связанные с повышенной конфронтацией ($U = 169$; $p = 0,000$), или избеганием проблемных ситуаций ($U = 178$; $p = 0,000$), также актеры значимо чаще преодолевали проблемные ситуации за счет их положительной переоценки ($U = 242$; $p = 0,014$).

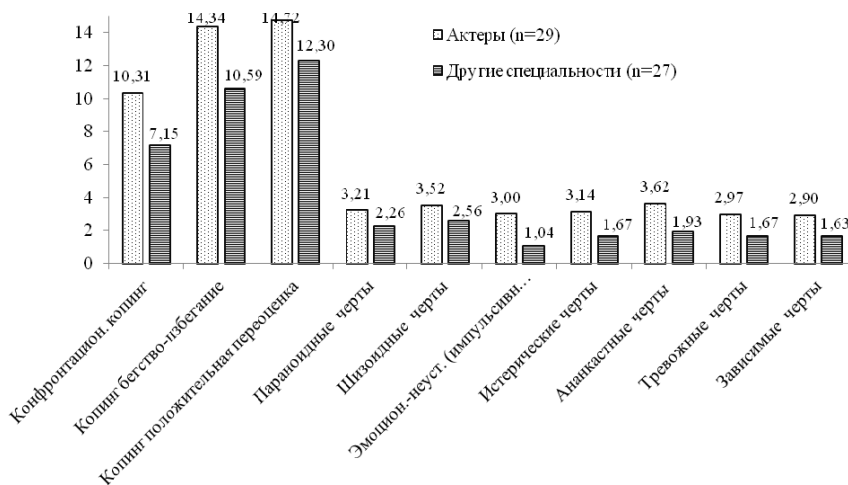


Рис 1. Психологические показатели в группе актеров и специалистов других профессий

На следующем этапе с целью определения гендерспецифичных личностных характеристик представителей актерской профессии были выявлены значимые различия психологических показателей между актерами мужского и женского пола (критерий U-Манна-Уитни) (рис. 2).

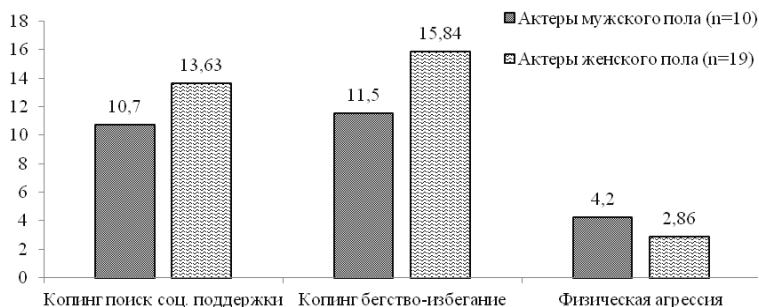


Рис. 2. Психологические показатели в группе актеров мужского и женского пола

Так женщины как представители актерской профессии чаще нуждались в социальной поддержке в стрессовой ситуации ($U = 54,5; p = 0,050$), уклонялись от решения проблем ($U = 37,5; p = 0,008$), у них достоверно

ниже был уровень физической агрессии ($U = 44$; $p = 0,018$), по сравнению с актерами-мужчинами.

Далее с целью определения специфичных для возраста личностных характеристик актеров были проанализированы значимые различия психологических показателей между представителями актерской профессии разных возрастных категорий: младшего (20–29 лет) и более старшего возраста (30–40 лет) (критерий U-Манна-Уитни) (рис. 3).

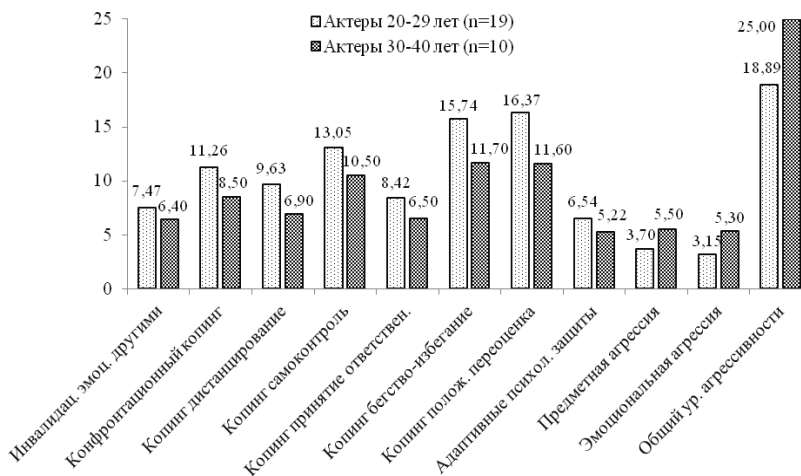


Рис. 3. Психологические показатели в группе актеров в зависимости от возраста

Было выявлено, что актеры более младшего возраста отличались низким уровнем общей агрессивности ($U = 51$; $p = 0,043$), а также низкими показателями как предметной ($U = 49,5$; $p = 0,035$), так и эмоциональной ($U = 39,5$; $p = 0,010$) агрессивности. У них преобладали адаптивные психологические защиты ($U = 26,5$; $p = 0,002$). Однако в проблемной ситуации актеры более младшего возраста значимо чаще предъявляли конфронтационное поведение ($U = 40$; $p = 0,011$), уклонялись и дистанцировались от источника проблемы ($U = 34$; $p = 0,005$), при этом чаще брали ответственность на себя ($U = 31,5$; $p = 0,003$), преодолевали проблемные ситуации за счет их положительной переоценки ($U = 31$; $p = 0,003$) и подавления эмоций ($U = 36,5$; $p = 0,007$). Их отличало представление о том, что их чувства не понимают и не принимают другие люди (инактивация эмоций другими) ($U = 43,5$; $p = 0,011$).

Следующий этап исследования был посвящен выделению личностных характеристик актеров с различным уровнем профессионального стресса. С целью изучения психологических особенностей актеров с различным уровнем профессионального стресса вначале, с помощью кластерного анализа (методом k-средних), группа представителей актерской профессии была разделена на 2 группы, в зависимости от уровня профессионального стресса. Так, в 1-й кластер вошло 20 актеров (средний возраст – $28,85 \pm 4,64$ года) с низкими значениями профессионального стресса – средний балл $16,1 \pm 4,28$. Во 2-й кластер вошло 9 актеров (средний возраст – $28,56 \pm 7,45$ года), имеющих высокий уровень профессионального стресса – средний балл $29,11 \pm 3,18$.

Актеры, вошедшие в кластеры, достоверно не отличались по возрасту. Однако распределение актеров по полу в кластерах различалось. Следует отметить, что группу с высоким уровнем профессионального стресса на 89 % составляют женщины. Таким образом, можно сделать вывод, что женщины как представители актерской профессии в большей степени подвержены риску формирования профессионального стресса.

Между группой актеров с высоким и низким уровнем профессионального стресса были выявлены следующие различия психологических показателей (критерий U-Манна-Уитни) (рис. 4).

Представителей актерского искусства с высоким уровнем профессионального стресса характеризует выраженность патохарактерологических черт, что способствует истощению общих адаптационных резервов организма и увеличивает риск формирования социальной дезадаптации. Кроме того, данную подгруппу отличали повышение общего уровня агрессивности ($U = 35,5$; $p = 0,010$), а также высокая аутоагрессия ($U = 42,5$; $p = 0,022$) и предметная агрессия ($U = 41$; $p = 0,019$). Представители группы с высоким уровнем профессионального стресса избегали проблемных ситуаций ($U = 47$; $p = 0,042$), им были свойственны неадаптивные психологические защиты ($U = 45,5$; $p = 0,036$), а также параноидные ($U = 42,5$; $p = 0,022$), импульсивные ($U = 52$; $p = 0,049$), пограничные ($U = 26,5$; $p = 0,002$) и тревожные ($U = 34$; $p = 0,007$) патохарактерологические черты. Кроме того, они демонстрировали низкую вовлеченность в деятельность, низкую эмоциональную насыщенность жизни и неудовлетворенность от самореализации. Подгруппу актеров с низким уровнем профессионального стресса значимо отличали высокие показатели: обвинения других, склонности к руминации, страх потери контроля при переживании сильных эмоций, эмоциональное оцепенение, гетероагрессивные тенденции, преобладание

«самопринижающих психологических защит», при этом они отличались вовлеченностью в деятельность, эмоциональной насыщенностью жизни и удовлетворенностью от самореализации.

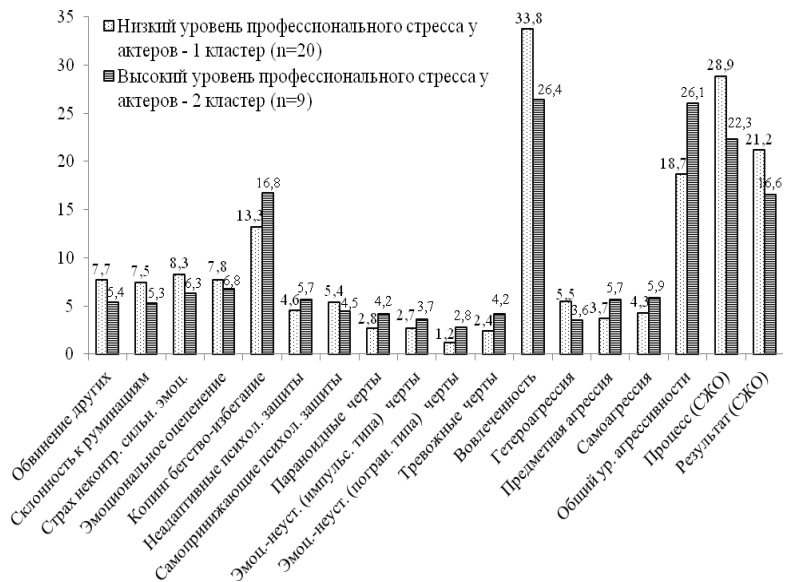


Рис. 4. Психологические показатели в группе актеров в зависимости от уровня профессионального стресса

Далее, при помощи дискриминантного анализа были выделены психологические переменные, вносящие значимый вклад в отнесение актеров в группы с низким и высоким уровнем профессионального стресса (табл. 1).

Таблица 1

Нормированные коэффициенты канонической дискриминантной функции, отражающие вклад психологических переменных в отнесение актеров в группу с низким или высоким уровнем профессионального стресса

Параметр	Df
Вовлеченность	2,673
Самопринижающие психологические защиты	-2,572
Аутоагрессия	2,424
Шизоидные патохарактерологические черты	1,948
Обвинение других	-1,795
Прогнозируемая длительность эмоций	1,658
Эмоциональное оцепенение	-1,374
Копинг положительная переоценка	-1,330
Тревожные патохарактерологические черты	1,322
Склонность к руминации	-0,611
Страх потери контроля при переживании сильных эмоций	-0,945
Копинг поиск социальной поддержки	0,667

С целью определения информативных показателей для отнесения актеров в группы в зависимости от уровня профессионального стресса были сформированы модели линейных дискриминантных функций (ЛДФ) для актеров с низким (ЛДФ₁) и высоким (ЛДФ₂) уровнем профессионального стресса. Значения признаков линейной дискриминантной функции для группы лиц с низким и высоким уровнем профессионального стресса представлены в таблице 2.

Психологические показатели, включенные в дискриминантную модель, и их коэффициенты, были сведены в следующие формулы:

ЛДФ₁ (низкий уровень профессионального стресса у актеров) = - 118,154 - 0,936X₁ + 16,178X₂ - 3,877X₃ - 5,304X₄ + 9,117X₅ - 0,870X₆ + 10,297X₇ + 0,431X₈ + 3,522X₉ + 0,545X₁₀ + 5,352X₁₁ + 0,955X₁₂;

ЛДФ₂ (высокий уровень профессионального стресса у актеров) = - 101,951 + 1,730X₁ - 0,917X₂ + 5,272X₃ + 5,000X₄ - 1,341X₅ + 8,365X₆ + 2,365X₇ - 2,117X₈ + 10,392X₉ - 2,725X₁₀ + 1,214X₁₁ + 2,397X₁₂.

Таблица 2

Психологические компоненты и коэффициенты ЛДФ с учетом
выраженности профессионального стресса у актеров

№ п.п	Параметр	ЛДФ ₁	ЛДФ ₂
	(Константа)	-118,154	-101,951
X ₁	Вовлеченность	-0,936	1,730
X ₂	Самопринижающие психологические защиты	16,178	-0,917
X ₃	Аутоагрессия	-3,877	5,272
X ₄	Шизоидные патохарактерологические черты	-5,304	5,000
X ₅	Обвинение других	9,117	-1,341
X ₆	Прогнозируемая длительность эмоций	-0,870	8,365
X ₇	Эмоциональное оцепенение	10,297	2,365
X ₈	Копинг положительная переоценка	0,431	-2,117
X ₉	Тревожные патохарактерологические черты	3,522	10,392
X ₁₀	Склонность к руминации	0,545	-2,725
X ₁₁	Страх потери контроля при переживании сильных эмоций	5,352	1,214
X ₁₂	Копинг поиск социальной поддержки	0,955	2,397

По результатам дискриминантного анализа было выявлено, что наибольший вклад в отнесение в группу актеров с высоким уровнем профессионального стресса, по мере его уменьшения, вносили: низкие показатели вовлеченности в деятельность, самопринижающие психологические защиты, высокие показатели аутоагрессии, шизоидные патохарактерологические черты, низкие показатели обвинения других, прогнозируемая длительность эмоций, эмоциональное оцепенение, положительная переоценка, высокие показатели тревожных патохарактерологических черт, низкие показатели склонности к руминации, страх потери контроля при переживании сильных эмоций и высокие показатели копинга «поиск социальной поддержки» (см. табл. 1, 2). Дискриминантная модель обладала высоким качеством ($AUC = 96,1\%$).

Для выявления взаимосвязи между уровнем профессионального стресса и личностными особенностями у актеров был проведен корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции r -Спирмена).

Так в группе актеров с высоким уровнем профессионального стресса показатель уровня профессионального стресса был положительно связан с параноидными патохарактерологическими чертами ($r = 0,759$; $p = 0,018$) и

предметной агрессией ($r = 0,789$; $p = 0,012$). Выявлена отрицательная связь показателя уровня профессионального стресса с эмоциональным оцепенением ($r = -0,780$; $p = 0,013$) (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционная матрица в группе актеров с высоким уровнем профессионального стресса

Параметры		Эмоциональное оцепенение	Параноидные патохарактерологические черты	Предметная агрессия
Уровень профессионального стресса	r	-0,780	0,759	0,789
	p	0,013	0,018	0,012

В группе актеров с низким уровнем профессионального стресса показатель уровня профессионального стресса был отрицательно связан с вовлеченностью в деятельность ($r = -0,668$; $p = 0,001$), контролем происходящих событий ($r = -0,639$; $p = 0,002$), жизнестойкостью ($r = -0,675$; $p = 0,001$), общим показателем осмысленности жизни ($r = -0,699$; $p = 0,001$), эмоциональной насыщенности жизни ($r = -0,713$; $p = 0,000$), внутренним локусом контроля и положительно – с эмоциональным компонентом агрессии ($r = 0,500$; $p = 0,025$).

Заключение

В ходе проведенного исследования были выявлены отличия у представителей актерской профессии, по сравнению с представителями других профессий, в выраженности патохарактерологических черт, преобладании копингов, связанных с повышенной конфронтацией и избеганием проблемных ситуаций, а также тенденции к самоанализу и рефлексии. У представителей актерской профессии с высоким уровнем профессионального стресса на первый план выходят низкая вовлеченность в деятельность и неудовлетворенность от самореализации, наличие агрессивных тенденций, преобладание неадаптивных психологических защит и копинг-стратегий, а также выраженность параноидных, импульсивных, пограничных и тревожных патохарактерологических черт.

Выявлена возрастная специфика в преодолении проблемных ситуаций и наличии агрессивных тенденций. Так, представители актерской профессии более младшего возраста отличались низкой агрессивностью, преобладанием адаптивных психологических защит. В проблемной ситуации

отмечались конфронтационное поведение и уклонение от решения проблемы, при этом более младшие представители актерской профессии чаще брали ответственность на себя, преодолевали проблемные ситуации за счет их положительной переоценки и подавления эмоций. Также была обнаружена гендерная специфика формирования профессионального стресса и предпочтений копинг-стратегий. Было обнаружено, что женщины чаще нуждались в социальной поддержке в стрессовой ситуации и уклонялись от решения проблем, и у них существенно ниже уровень физической агрессии. Женщины в большей степени подвержены риску формирования профессионального стресса, по сравнению с мужчинами.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости психопрофилактики стресса, особенно у представителей актерской профессии женского пола. Особое значение следует уделить обучению методам саморегуляции и расширению репертуара конструктивных копинг-стратегий.

Литература

1. Василюк Ф.Е. Переживание и молитва. – М.: Смысл, 2005. – 207с.
2. Доценко О.Н., Обознов А.А. Эмоциональная направленность личности как фактор выгорания и удовлетворенности профессиональной деятельностью // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография. – Курск: Изд-во гос. ун-та, 2008. – 336 с.
3. Кораблина М.Р. Изучение индивидуально-психологических особенностей личности. – СПб., 2013. – 285 с.
4. Кленова М.А., Захарова Ю.С. Индивидуально-психологические особенности склонности к стрессу // Психология, социология и педагогика. – 2015. – № 4. – С. 101–103. [Электронный источник] URL: <https://www.elibrary.ru/contents.asp?id=34083253> (дата обращения 14.09.2021).
5. Лыкова Т. А. Динамика социально-психологических особенностей студентов в процессе освоения актерской профессии : дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2017. – 198 с.
6. Мерлин В.С. Очерк теории темперамента. – Пермь: Просвещение, 2014. – 296 с.
7. Романова В.Л. Психология индивидуальных различий. М.: Изд-во Московского ун-та, 2015. – 315 с.
8. Рыбников В.Ю., Дубинский А.А., Булыгина В.Г. Индивидуально-психологические предикторы адаптации // Экология человека. – 2017. – № 3. – С. 3–9.
9. Станиславский К.С. Работа актера над собой. – М.: АСТ, 2017. – 623с.
10. Самоукина Н.В. Экстремальная психология. – М.: Эксмо, 2000. – 288с.
11. Цветкова А.Н. Роль стресса в жизни [Электронный источник] // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 3. – С. 778–780.

URL: <https://www.elibrary.ru/contents.asp?issueid=1587135> (дата обращения 14.09.2021).

12. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. –256 с.

Поступила 25.09.2021

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

Для цитирования. Кабанова Т.Н., Дубинский А.А. Взаимосвязь личностных особенностей и профессионального стресса у представителей актерской профессии // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 54–68.

RELATIONSHIP OF PERSONAL FEATURES AND PROFESSIONAL STRESS IN REPRESENTATIVES OF THE ACTING PROFESSION

Kabanova T.N., Dubinsky A.A.

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

✉ Tatyana Nikolaevna Kabanova – PhD Psychol. Sci., Senior Research Associate of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia); e-mail: tatianak0607@yandex.ru;

Alexander Alexandrovich Dubinsky – PhD Psychol. Sci., Research Associate of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis laboratory, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia); e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru.

Abstract. In order to study the relationship between personal characteristics and professional stress among representatives of the acting profession, 29 male and female actors aged from 22 to 40 years old, who received a higher acting education, were examined. The comparison group consisted of 27 representatives of other specialties aged 21 to 46 years. The assessment of the personal characteristics of representatives of the acting profession and other specialties was carried out using specialized methods aimed at assessing the level of professional stress, reactions to social frustration, life-meaning orientations, coping strategies and psychological defenses.

It was found that for representatives of the acting profession with a high level of professional stress, low involvement in activities and dissatisfaction with self-realization, the presence of aggressive tendencies, the predominance of non-adaptive psychological defenses and coping strategies, as well as the severity of paranoid, impulsive, borderline and alarming pathocharacterological traits come to the fore. In gen-

eral, representatives of the acting profession, in comparison with representatives of other professions, are distinguished by the severity of pathocharacterological features, the predominance of coping associated with increased confrontation and avoidance of problem situations, as well as a tendency towards introspection and reflection. The age specificity of overcoming problem situations and the presence of aggressive tendencies was revealed. The younger representatives of the acting profession were distinguished by low aggressiveness, the predominance of adaptive psychological defenses, greater responsibility, a tendency towards introspection and reflection, while in problem situations they demonstrated confrontational behavior and evasion from problem solving. The gender specificity of the formation of professional stress and preferences for coping strategies is also highlighted. It was found that women more often needed social support in a stressful situation and avoided solving problems, and their level of physical aggression was significantly lower. It was found that representatives of the acting profession - women are more at risk of forming professional stress than men.

Keywords: representatives of the acting profession, professional stress, personality traits, adaptive capabilities.

References

1. Vasiljuk F.E. *Perezhivanieimolitva* [Experience and prayer]. Moskva. 2005.207p. (In Russ.)
2. Docenko O.N., Oboznov A.A. *Jemocionalnaja napravlennost lichnosti kak faktor vygoranija i udovletvorennosti professionalnoj dejatelnostju* [Emotional orientation of personality as a factor of burnout and satisfaction with professional activity]. *Sovremennye problemy issledovaniya sindroma vygoraniya u specialistov kommunikativnyh professij* [Modern problems of the study of the burnout syndrome in specialists of communicative professions: a collective monograph]. Kursk. 2008. 336p. (In Russ.)
3. Korablina M.R. *Izuchenie individualno-psihologicheskikh osobennostej lichnosti* [The study of individual psychological characteristics of personality]. Sankt-Peterburg. 2013. 285p. (In Russ.)
4. Klenova M.A., Zaharova Ju.S. *Individualno-psihologicheskie osobennosti sklonnosti k stressu* [Individual psychological characteristics of a tendency to stress]. *Psihologija, sociologija i pedagogika* [Psychology, Sociology and Pedagogy]. 2015. N 4. Pp. 101–103. URL: <https://www.elibrary.ru/contents.asp?id=34083253> (In Russ.)
5. Lykova T.A. *Dinamika socialno-psihologicheskikh osobennostej studentov v processe osvoenija akterskoj professii* [Dynamics of social and psychological characteristics of students in the process of mastering the acting profession]. Dis. ... PhD Psihol. Sci. Moskva. 2017. 198 p. (In Russ.)
6. Merlin B.C. *Ocherk teorii temperamenta* [Essay on the theory of temperament]. Perm. 2014.296 p. (In Russ.)
7. Romanova V.L. *Psihologija individualnyh razlichij* [Psychology of individual differences]. Moskva. 2015.315 p. (In Russ.)
8. Rybnikov V.Yu., Dubinskii A.A., Bulygina V.G. *Individualno-psihologicheskie prediktory adaptatsii* [Individual psychological predictors of the adaptation and disadaptation among specialists of extreme profile]. *Ekologiya cheloveka* [Human ecology]. 2017. N 3. Pp. 3–9. (In Russ.)

9. Stanislavskij K.S. Rabota aktera nad soboj [The work of the actor on himself]. Moskva. 2017. 623p. (In Russ.)
10. Samoukina N.V. Jestremalnaja psihologija [Extremal psychology]. Moskva. 2000. 288p. (In Russ.)
11. Cvetkova A.N. Rol stressa v zhizni [The role of stress in life]. *Sovremennye nauchnye issledovanija i innovacii* [Modern scientific research and innovation]. 2013. N 3. Pp. 778–780. URL: <https://www.elibrary.ru/contents.asp?issueid=1587135> (In Russ.)
12. Shherbatyh Ju.V. Psihologija stressa i metody korrekcii [Psychology of stress and methods of correction]. Sankt-Peterburg. 2006. 256 p. (In Russ.)

Received 25.09.2021

For citing. Kabanova T.N., Dubinsky A.A. Vzaimosvyaz lichnostnyh osobennostej i professionalnogo stressa u predstavitelej akterskoj professii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 54–68. **(In Russ.)**

Kabanova T.N., Dubinsky A.A. Relationship of personal features and professional stress in representatives of the acting profession. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 54–68.

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

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

Представлены результаты изучения преморбидных черт личности и их динамики в процессе формирования расстройств адаптации у военнослужащих, проходящих службу по призыву в Вооруженных Силах Российской Федерации. Полученные данные свидетельствуют о том, что патофизиологическими маркерами формирования расстройств адаптации у военнослужащих по призыву являются: акцентирование личностно-типологических черт, декомпенсация адаптационных возможностей, склонность к девиантному поведению, включая анти-витальные реакции. Данные преморбидные особенности личности и поведения проявляются уже на начальном этапе военной службы как отдельные дезадаптивные проявления, постепенно формируя патофизиологический симптомокомплекс расстройств адаптации.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, военная психология, военно-профессиональная адаптация, расстройство адаптации, преморбидные особенности личности, личностный адаптационный потенциал.

Введение

В настоящее время проблема психического здоровья призывного контингента является достаточно актуальной для Вооруженных Сил Рос-

Чермянин Сергей Викторович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленинградский гос. областной ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: cherma2009@yandex.ru;

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

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, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: noisia-007@mail.ru;

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, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: rabota1105@yandex.ru.

сийской Федерации. Это прежде всего обусловлено увеличением количества военнослужащих по призыву, испытывающих трудности профессиональной адаптации в связи с акцентуированием ряда личностных черт, а также в результате неблагоприятного влияния на организм факторов военной службы [2, 5, 6].

В ходе прогнозирования успешности военно-профессиональной деятельности военнослужащих по призыву в основном применяются разовые психодиагностические «срезы», которые являются основой для отнесения индивида к той или иной категории профессиональной пригодности. При этом недостаточно внимания уделяется изучению динамики личностно-типологических свойств и адаптационных возможностей личности от до-нозологического уровня до образования очерченной патопсихологической симптоматики.

Изучение закономерностей динамики проявлений дезадаптационных нарушений в процессе формирования расстройств адаптации позволит не только расширить представления о патогенезе данного заболевания, но и совершенствовать прогнозирование успешности военно-профессиональной адаптации [7, 8].

Целью исследования являлось изучение динамики преморбидных особенностей личности в процессе формирования расстройств адаптации.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 154 военнослужащих, проходящих службу по призыву в Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ). В основную группу вошли 54 военнослужащих, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом «Расстройство адаптации» (F43.2).

Для реализации поставленной цели был осуществлен сравнительный анализ материалов психодиагностических обследований военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройство адаптации» (F43.2) на следующих этапах воинской службы:

1-й этап – призыв граждан на военную службу. Психологическое обследование осуществлялось специалистами групп профессионального психологического отбора районных военных комиссариатов (РВК).

2-й этап – прибытие военнослужащих в воинскую часть – в течение первого месяца службы.

3-й этап – на момент нахождения этих же военнослужащих на этапе стационарного лечения в психиатрических отделениях военно-медицинских учреждений с диагнозом «Расстройство адаптации».

В качестве контрольной группы были обследованы военнослужащие по призыву (n = 100) с успешной военно-профессиональной адаптацией (ВПА), которые проходили воинскую службу в то же время и тех же войсковых частях, что и респонденты с расстройством адаптации.

В ходе исследования использовались методики, рекомендованные регламентирующими документами по организации профессионального отбора и сопровождения призывного контингента: многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность»; психодиагностическая экспресс-анкета ДАП-2, предназначенная для выявления склонности к девиантным формам поведения при обследовании молодого пополнения, призываемого на военную службу.

Результаты и их анализ

Изучение динамики адаптивных возможностей военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройство адаптации» позволило выявить изменения как интегративной характеристики адаптационных возможностей респондентов (личностный адаптационный потенциал –ЛАП), так и отдельных ее составляющих: коммуникативный потенциал – КП, моральная нормативность – МН, поведенческая регуляция – ПР (табл. 1).

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о том, что личностный адаптационный потенциал (шкала ЛАП) военнослужащих основной группы был уже предельно низок как на 1-м, так и на 2-м этапах обследования и соответствовал пограничному или предболезненному состоянию психики (3-я и 4-я категория профессиональной пригодности). Все это указывало на низкую способность адаптационных возможностей личности респондентов и вероятность у этих военнослужащих затяжной военно-профессиональной адаптации.

Коммуникативные качества (шкала КП), моральная нормативность (шкала МН) и поведенческая регуляция (шкала ПР) у военнослужащих с расстройством адаптации на предшествующих заболеванию этапах жизни (на этапе призыва в ВС РФ и на этапе прибытия в войсковую часть) также находились на низком уровне.

В ходе сравнительного анализа выявлены достоверные различия адаптационного потенциала военнослужащих с расстройством адаптации на разных этапах службы в ВС РФ (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ адаптивных возможностей военнослужащих по призыву на разных этапах формирования расстройства адаптации

Шкалы методики МЛЮ «Адаптивность»	1-й этап	2-й этап	3-й этап	Контрольная группа	$p \leq$
Личностный адаптационный потенциал (шкала ЛАП)	60,24 ± 3,13	72,41 ± 1,79	88,56 ± 3,55	22,33 ± 0,56	РВК – в/ч***; в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Поведенческая регуляция (шкала ПР)	30,83 ± 2,83	38,96 ± 1,69	46,81 ± 2,11	7,88 ± 0,4	РВК – В/Ч*; в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Коммуникативный потенциал (шкала КП)	17,41 ± 0,61	20 ± 0,44	26,78 ± 2,44	7,44 ± 0,26	РВК – в/ч**; в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Моральная нормативность (шкала МН)	12,21 ± 0,85	13,44 ± 0,44	14,96 ± 0,52	6,88 ± 0,24	в/ч – стац. л.* все этапы – контр. гр.***

Примечание: здесь и в табл. 3, 4 достоверность различий * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$; 1-й этап – обследование в РВК, на этапе призыва в ВС РФ ($n = 42$); 2-й этап – обследование на этапе прибытия в войсковую часть ($n = 54$); 3-й этап – обследование на этапе стационарного лечения ($n = 54$); контрольная группа – военнослужащие с успешной ВПА в период службы по призыву ($n = 100$).

Выявленное снижение уровня коммуникативных качеств, моральной нормативности и поведенческой регуляции, и интегрирующего их личностного адаптационного потенциала (достоверные различия при $0,05 \leq p \leq 0,001$), с момента призыва граждан на военную службу и до формирования расстройства адаптации, указывает на перманентное снижение адаптационных возможностей личности и резервных возможностей организма военнослужащих при изначально низких показателях.

Менее динамичной характеристикой является моральная нормативность: она достоверно ухудшилась только к этапу госпитализации, то есть непосредственно на этапе «слома адаптационного барьера». Ее большая устойчивость к трансформации жизненных ситуаций, вероятно, объясняет-

ся большей константностью установочного компонента личности, нежели регуляторных функций организма, направленных на взаимодействие с внешним миром.

Дополнительно проведен сравнительный анализ уровня адаптационных возможностей военнослужащих по призыву с расстройством адаптации (основная группа) и военнослужащих по призыву с успешной военно-профессиональной адаптацией (контрольная группа). Полученные данные представлены в таблице 1.

В ходе исследования установлено, что у военнослужащих по призыву основной группы на всех этапах формирования расстройства адаптации показатели поведенческой регуляции (шкала ПР), коммуникативного потенциала, морально-нормативных качеств (шкалы КП и МН), а также показатели интегральной оценки личностного адаптационного потенциала (ЛАП) находились на предельно низком уровне, по сравнению с военнослужащими, успешно адаптировавшимися к условиям военной службы (достоверно при $p \leq 0,001$).

Известно, что значимым индикатором социально-психологической дезадаптации личности служит отклоняющееся поведение [3].

В ходе исследования изучена динамика показателей, свидетельствующих о склонности к девиантным формам поведения у военнослужащих по призыву в процессе формирования расстройств адаптации.

Посредством экспресс-анкеты ДАП-2 установлено, что средние значения военнослужащих с расстройством адаптации по интегральной шкале ДАП (склонность к девиантному поведению) равнялись $83,61 \pm 4,22$ усл. ед., что соответствуют 2 стенам по 10-балльной шкале нормального распределения. В тоже время у военнослужащих контрольной группы аналогичные показатели по шкале ДАП-2 составляли $30,15 \pm 2,54$ усл. ед., соответствующие 7 стенам по 10-балльной шкале нормального распределения. Сравнительный анализ показал достоверно бóльшую ($p \leq 0,001$) выраженность склонности к девиантному поведению у военнослужащих основной группы. Военнослужащие с расстройством адаптации достоверно более склонны как к противоправным действиям, так и к зависимому поведению (Шкала ДП – при $p \leq 0,01$; Шкала АД – при $p \leq 0,05$) (табл. 2).

Полученные результаты позволяют утверждать, что военнослужащие основной группы не склонны к построению рациональных взаимоотношений с сослуживцами, зачастую манифестируют агрессивные реакции в отношении окружающих, с пренебрежением относятся к социально одобряемым нормам поведения и требованиям воинских Уставов. Это во

многим находило свое подтверждение в результатах, полученных по шкалам ПР, КП и МН МЛЮ «Адаптивность», а также из бесед с военнослужащими.

Таблица 2
Результаты сравнительного анализа данных психологической экспресс-анкеты ДАП-2 военнослужащих основной и контрольной групп на начальном этапе военно-профессиональной адаптации

Наименование шкал анкеты ДАП-2	Смысловая интерпретация шкалы	Военнослужащие		p ≤
		основной группы (n = 54)	контрольной группы (n = 100)	
Интегральная шкала ДАП	Склонность к девиантным формам поведения	83,61 ± 4,22	30,15 ± 2,54	p < 0,001
Шкала ДП	Склонность к делинквентному поведению	32 ± 2,93	13 ± 1,20	p < 0,01
Шкала АД	Склонность к аддиктивному поведению	26 ± 2,03	11 ± 1,13	p < 0,05
Шкала ВПН	Военно-профессиональная направленность	18 ± 2,55	10 ± 0,93	p < 0,05

Кроме того, военнослужащие основной группы отличались достоверно (при $p \leq 0,05$) более низким уровнем мотивации к воинской службе (шкала «Военно-профессиональная направленность»); значение шкалы ВПН в стеновом исчислении равнялось 2 стеном по 10-балльной шкале нормального распределения).

В ходе исследования была изучена степень суицидального риска у военнослужащих по призыву, поскольку суицидальное поведение является одним из важных индикаторов социально-психологической дезадаптации личности [1, 4].

Выявлены достоверные различия склонности к суицидальному поведению (шкала СР методики МЛЮ «Адаптивность») у военнослужащих основной и контрольной групп. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

Динамика склонности к суицидальному поведению у военнослужащих основной с группы в процессе формирования расстройств адаптации

Шкала методики МЛО «Адаптивность»	Этапы обследования			Сравнение этапов, $p \leq$
	1-й этап	2-й этап	3-й этап	
Суицидальный риск (Шкала СР)	7,29 ± 0,69	10,17 ± 0,72	12,26 ± 1,18	1-2* 2-3**

Рост суицидального риска у военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройство адаптации» отмечался уже на начальном этапе формирования расстройства адаптации. На это указывают достоверные различия по шкале СР между обследованием на 1-м и 2-м этапах. В ходе адаптации к службе в ВС РФ респонденты манифестировали отчетливые признаки суицидальной готовности, включая высказывания суицидального характера и, в ряде случаев, суицидальные действия.

Высокий суицидальный риск сохранился и на этапе стационарного лечения. При этом незначительное повышение баллов по шкале СР на 3-м этапе (в сравнении со 2-м этапом) не является достоверным, значит авитальная активность респондентов не ситуативна, а является следствием невозможности военно-профессиональной адаптации в целом.

В ходе сравнительного анализа выраженности личностно-типологических черт изучались результаты методики МЛО «Адаптивность» (1-й уровень) которая применялась на втором и третьем этапах обследования (табл. 4).

На этапе начала службы по призыву в ВС РФ личностный профиль военнослужащих основной группы отличался несколько повышенными значениями шкалы коррекции (шкала К – 66,89 Т-баллов), что указывает на их чрезмерную осторожность. В тоже время в период нахождения на стационарном лечении у этих же респондентов показатель шкалы коррекции снизился до 45,70 Т-баллов, что может быть свидетельством относительного снятия фактора «социальной желательности» и манифестирования симптоматики заболевания. Подтверждением этого могут быть высокие значения шкалы надежности (шкала F – 70,41 Т-балл), являющиеся признаком склонности к аггравации.

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа личностно-типологических характеристик военнослужащих по призыву на разных этапах формирования расстройств адаптации

Шкалы методики МЛЮ «Адаптивность-200»	2-й этап	3-й этап	Контроль-ная группа	$p \leq$
Шкала достоверности – L	49,07 ± 1,72	30,29 ± 1,03	51,8 ± 0,73	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Шкала надежности – F	45,72 ± 1,65	70,41 ± 1,82	36,01 ± 0,28	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Шкала коррекции – K	66,89 ± 2,66	43,9 ± 1,55	66,04 ± 0,63	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Шкала ипохондрии – Hs	60,41 ± 1,35	65,3 ± 0,57	50,56 ± 0,28	в/ч – стац.л.* все этапы – контр. гр.***
Шкала депрессии – D	61,83 ± 1,68	70,3 ± 1,07	48,87 ± 0,4	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Шкала истерии – Hy	59,18 ± 1,43	63,97 ± 1,61	50,51 ± 0,43	в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Шкала психопатии – Pd	70,7 ± 0,97	74,81 ± 1,74	55,41 ± 0,5	в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Шкала мужеств./женств. – Mf	51,92 ± 1,23	54,17 ± 1,21	53,82 ± 0,4	все этапы – контр. гр.***
Шкала паранойальности – Pa	60,07 ± 0,74	63,68 ± 1,61	48,23 ± 0,35	в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Шкала психастении – Pt	72,66 ± 1,34	76,43 ± 1,21	57,8 ± 0,38	в/ч – стац. л.** все этапы – контр. гр.***
Шкала шизоидности – Sc	64,27 ± 1,92	73,7 ± 1,54	55,72 ± 0,41	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***
Шкала гипомании – Ma	56,02 ± 1,63	57,71 ± 1,61	53,44 ± 0,4	все этапы – контр. гр.***
Шкала соц. интроверсии – Si	55,46 ± 1,43	59,63 ± 1,39	46,2 ± 0,41	в/ч – стац. л.*** все этапы – контр. гр.***

Полученный на данном этапе обследования личностный профиль военнослужащих основной группы свидетельствует о превышении у респондентов популяционных значений психастенических (шкала Pt) и психо-

патических (шкала Pd) черт личности, достигающих уровня акцентуации (72,66 Т-балла и 70,7 Т-балла соответственно).

На 3-м этапе обследования отмечается значительный рост показателей личностного профиля респондентов, достигающий 76,43 Т-баллов по шкале Pt (психастения) и 74,81 по шкале Pd (психопатия). При этом отмечается некоторое изменение структуры личностного профиля за счет увеличения (по сравнению со 2-м этапом) значений шкалы Sch (индивидуальность мышления) и шкалы D (депрессивные состояния) (73,70 Т-балла и 70,3 Т-балла соответственно).

В ходе сравнительного анализа личностно-типологических характеристик военнослужащих с расстройством адаптации в период службы в ВС РФ и в период стационарного лечения выявлен ряд достоверных различий (при $p \leq 0,001$) по всем шкалам (табл. 4).

Выраженность большинства личностных характеристик с возникновением расстройства адаптации достоверно увеличилась, что является признаком еще большего заострения личностных черт и роста дисгармоничности личности.

Если на 2-м этапе доля респондентов с признаками патопсихологической дисгармоничности личности составляла 54,81 % от всей выборки, то на 3-м этапе их доля уже 88,89 %. При этом сам склад личности (профиль личности) остался неизменным, динамика личностно-типологических черт заключалась только в прогрессировании личностной дисгармоничности.

Рост выраженности индивидуалистичных черт (шкала Sc), свидетельствует не столько о формировании шизоидной личности, сколько является отражением снижения коммуникативного потенциала и поведенческой регуляции, усилением склонности к социальной интровертированности, что не могло не отразиться на успешности и эффективности выстраивания межличностных взаимоотношений.

На стадии сформированности расстройства адаптации (3-й этап) у военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройство адаптации», как и на предыдущем этапе (служба в ВС РФ), диагностированы ведущие шкалы, свидетельствующие о преобладании невротических и/или патопсихологических черт личности. С учетом наличия выраженной и усиливающейся агрессивности, раздражительности и тревожности, наличия признаков отклоняющегося поведения, таких как нерациональное построение межперсональных взаимоотношений с окружающими, склонность к нарушениям социально одобряемых норм поведения, а также манифестации отчетливых

признаков суицидальной готовности, включая высказывания суицидального характера и, в ряде случаев, суицидальные действия, все эти данные указывают на негативную динамику дисгармонизации личности в процессе формирования расстройств адаптации.

В ходе сравнительного анализа личностно-типологических характеристик военнослужащих с расстройством адаптации и с нормальной ВПА выявлены достоверные различия (при $p \leq 0,001$) по всем шкалам методики МЛЮ «Адаптивность» (таблица 4). Следовательно, военнослужащие, не сумевшие адаптироваться к условиям военной службы (основная группа), отличались достоверно (при $p \leq 0,001$) более выраженной личностной дисгармоничностью, чем успешно адаптирующиеся военнослужащие.

Заключение

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что изначально низкие резервные возможности организма и личности являлись основной причиной перманентного ухудшения функционального состояния военнослужащих и формирования у них затяжной военно-профессиональной адаптации, завершающейся расстройством адаптации.

Полученные результаты позволяют утверждать, что военнослужащие, у которых в ходе военной службы было сформировано расстройство адаптации, имеют низкий личностный адаптационный потенциал, не склонны к построению рациональных взаимоотношений с сослуживцами, с пренебрежением относятся к социально одобряемым нормам поведения и требованиям воинских уставов, склонны к формированию авитальных установок.

Динамика личностно-типологических черт у военнослужащих по призыву, склонных к формированию дезадаптивных расстройств, заключается в прогрессировании личностной дисгармоничности и отчетливом заострении свойственных им черт (чаще психастенических или психопатических), при этом склад личности (профиль личности) остался неизменным.

Установлено, что у некоторых военнослужащих в ходе ВПА отчетливо усиливается выраженность дезадаптационных расстройств в виде роста нервно-психического напряжения, склонности к девиантным формам поведения, ухудшения межперсональных взаимоотношений с сослуживцами и др. Данная закономерность может служить диагностическим маркером вероятности дальнейшего развития указанных дезадаптационных расстройств в виде нозологической единицы по МКБ-10: F43.2 – Расстройство адаптации.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии / Сб. тр. МНИИП. М., 1978. – Т. 82. – С. 6–28.
2. Евдокимов В.И., Сивашенко П.П. Показатели заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Российской Федерации (2013 – 2016 гг.): монография. – СПб.: Политехника Принт, 2018. – 76 с.
3. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2003. – 288 с.
4. Козлов Т.Н. Психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы : автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Чита, 2004. – URL: <http://medical-diss.com/medicina/psihopatologicheskie-i-lichnostnye-mehanimy-suitsidalnogo-povedeniya-u-voennosluzhaschih-srochnoy-sluzhby/#ixzz3PTNQffDc> (дата обращения 13.08.2021).
5. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Сохранение и укрепление психического здоровья военнослужащих в современных условиях // Актуальные проблемы психофизиологической коррекции функционального состояния военнослужащих. – СПб., 2001. – С. 180–182.
6. Свечников А.А. Расстройства адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика) : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2015. – 172с.
7. Сысоев В.Н. Теоретические проблемы профессионального психологического отбора, психофизиологического сопровождения подготовки и деятельности военнослужащих : дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1999. – 245 с.
8. Чермянин С.В., Корзунин В.А., Юсупов В.В. Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 6. – С. 49–54.

Поступила 26.10.2021

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

Для цитирования. Чермянин С.В., Капитанаки В.Е., Загорная Е.В., Вьюшкова С.С. Динамика формирования расстройств адаптации у военнослужащих по призыву // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 69–81.

DYNAMICS OF ADAPTATION DISORDERS IN CONSCRIPTS

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

Pushkin State Leningrad University
(Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, Russia)

Sergey Viktorovich Chermyanin – Dr. Med. Sci., Prof., Chair of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: cherma2009@yandex.ru;

✉ Veronica Evgenievna Kapitanaki – Senior Lecturer of Department of psychophysiology and clinical psychology, Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: nitanaki@mail.ru;

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: noisia-007@mail.ru;

Svetlana Sergeevna Vyushkova – PhD Psychol. Sci., Docent of the subdepartment of psychophysiology and clinical psychology Pushkin State Leningrad University (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: rabota1105@yandex.ru.

Abstract. The article presents the results of studying premorbid personality traits and their dynamics during the formation of Adjustment disorders in servicemen serving on conscription in the Armed Forces of the Russian Federation. The data obtained indicate that pathopsychological markers of the formation of Adjustment disorders in a conscript serviceman are accentuation of personality-typological traits, decompensation of adaptive capabilities, and a tendency to deviant behavior, including antivital reactions. These premorbid personality and behavior features are manifested already at the initial stage of military service, as separate maladaptive manifestations, gradually forming the pathopsychological symptom complex of Adjustment disorders.

Keywords: clinical (medical) psychology, military psychology, military-professional adaptation, Adjustment disorders, premorbid personality traits, personal potential of adaptation.

References

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen socialno-psihologicheskoy dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladaptation of personality]. *Aktualnye problemy suikidologii* [Current problems of suicidologists]. Moskva. 1978. Vol. 82. Pp. 6–28. (In Russ.)

2. Evdokimov V.I., Sivashhenko P.P. Pokazateli zaboлеваemosti voennosluzhashhih po prizyvu Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii (2013– 2016 gg.) [Indicators of the incidence of military personnel at the call of the Armed Forces of the Russian Federation (2013-2016)]. Sankt-Peterburg. 2018. 76 p. (In Russ.)

3. Zmanovskaya E.V. Deviantologiya (Psihologiya otklonyayushhegosya povedeniya) [Devianthology (Psychology of Deviating Behavior)]. Moskva. 2003. 288 p. (In Russ.)

4. Kozlov T.N. Psihopatologicheskie i lichnostnye mexanizmy suicidalnogo povedeniya u voennosluzhashhih srochnoj sluzhby [Psychopathological and personal mechanisms of suicidal behavior in military personnel of military service] : avtoref. ...

dis. PhD. Med. Sci. Chita, 2004. <http://medical-diss.com/medicina/psihopatologicheskie-i-lichnostnye-mehanimy-suitsidalnogo-povedeniya-u-voennosluzhaschih-srochnoy-sluzhby#ixzz3PTHQffDc> (In Russ.)

5. Litvincev S.V., Shamrej V.K. Sohranenie i ukreplenie psihicheskogo zdorovya voennosluzhashhih v sovremennyh usloviyah [Preserving and strengthening the mental health of military personnel in modern conditions]. *Aktualnye problemy psihofiziologicheskoy korrekcii funkcionalnogo sostoyaniya voennosluzhashhih* [Topical problems of psychophysiological correction of the functional state of military personnel]. Sankt-Peterburg. 2001. Pp. 180–182. (In Russ.)

6. Svechnikov A.A. Rasstrojstva adaptacii u voennosluzhashhih (klinika, diagnostika) [Adaptation disorders in military personnel (clinic, diagnosis)] : Dis. ... PhD. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2015. 172 p. (In Russ.)

7. Sysoev V.N. Teoreticheskie problemy professionalnogo psihologicheskogo otbora, psihofiziologicheskogo soprovozhdeniya podgotovki i deyatelnosti voennosluzhashhih [Theoretical problems of professional psychological selection, psychophysiological support for the training and activities of military personnel] : Dis. ... Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1999. 245 p. (In Russ.)

8. Chermyanin S.V., Korzunin V.A., Yusupov V.V. Metodologicheskie aspekty diagnostiki nervno-psichicheskoy neustojchivosti u specialistov ekstremalnyh vidov deyatelnosti [Methodological aspects of diagnosing neuropsychiatric instability in specialists of extreme activities]. *Mediko-biologicheskie i socialno-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychnykh situaciyah* [Medical, biological and socio-psychological safety problems in emergency situations]. 2008. N 6. Pp. 49–54. (In Russ.)

Received 26.10.2021

For citing. Chermyanin S.V., Kapitanaki V.E., Zagornaya E.V., Vyushkova S.S. Dinamika formirovaniya rasstrojstv adaptacii u voennosluzhashhih po prizyvu. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 69–81. **(In Russ.)**

Chermyanin S.V., Kapitanaki V.E., Zagornaya E.V., Vyushkova S.S. Dynamics of adaptation disorders in conscripts. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 69–81.

ДРАМА-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

¹Алтайский краевой наркологический диспансер
(Россия, Барнаул, ул. Л. Толстого, д. 23);

²Алтайский государственный медицинский университет
(Россия, Барнаул, пр. Ленина, д. 40).

Статья посвящена разработанной авторами новой драма-ориентированной программе психологической коррекции пациентов с шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Представлена структура программы, приведены результаты исследования ее эффективности. Итоги исследования показали, что предложенная авторами программа формирует мотивацию пациентов на пролонгированное медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижает эмоциональное напряжение, агрессивность, помогает адаптироваться в обществе, реализовать жизненные потребности больных и их семей.

Ключевые слова: драма-ориентированная психологическая коррекция, психологическая реабилитация, шизофрения, трансдраматическая психотерапия, социальная адаптация.

Введение

Согласно Ю.А. Александровскому и Н.Г. Незнанову (2020), клинико-организационные, диагностические, терапевтические и реабилитационные аспекты при оказании помощи больным с психическими заболеваниями на современном этапе развития специализированной психиатрической службы успешно дополняют друг друга [1].

✉ Кочеткова Елена Петровна – мед. психолог, Алтайский краевой нарк. диспансер (Россия, 656049, Барнаул, ул. Л. Толстого, д. 23), e-mail: kochetkova00work@mail.ru;

Шереметьева Ирина Игоревна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии, мед. психологии и наркологии с курсом доп. проф. образования, ректор Алтайского гос. мед. ун-та (Россия, 656038, Барнаул, пр. Ленина, д. 40), e-mail: sheremeteva-ira@mail.ru. ORCIDiD 0000-0001-8513-9869;

Строганов Александр Евгеньевич – д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии, мед. психологии и наркологии с курсом доп. проф. образования, директор ин-та клинич. психологии, Алтайский гос. мед. ун-т (Россия, 656038, Барнаул, пр. Ленина, 40), e-mail: jazz200261@mail.ru. ORCIDiD 0000-0002-1791-7996.

Специалисты в области судебной психиатрии, судебной и клинической психологии подчеркивают особую актуальность профилактики повторных правонарушений, что во многом связано с качеством реабилитационных, включая психологическую коррекцию, мероприятий на этапе принудительного лечения [7].

В печатном органе ВПА «World Psychiatry» широко дискутировалась другая, но близкая по методологическим основаниям концепция психической патологии, автор которой предлагает определить психическое расстройство как «harmful dysfunction» т.е. вредоносную, дезадаптирующую дисфункцию, в основе которой лежат определенные повреждения структур головного мозга, ответственных за обеспечение эволюционно предзаданных психических функций. Эти повреждения и рассматриваются как непосредственная причина психической патологии [10].

Зарубежные авторы исследовали проблему мониторинга факторов риска опасных действий пациентов на всех этапах принудительного лечения [8, 9, 11].

В соответствии со стандартами, предложенными научной школой М.М. Кабанова в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [4], нами разработана новая драма-ориентированная программа психологической коррекции (ДПК) для пациентов с шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Программа включает элементы трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова [5, 6] и биографического тренинга К.В. Карпинского [3].

Целью исследования является анализ эффективности программы, ориентированной на включение пациентов специализированного отделения принудительного лечения в социальную жизнедеятельность без риска делинквентного поведения.

Материал и методы исследования

Выборка исследования представлена 120 пациентами мужского пола с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F20.), в возрасте от 21 до 64 лет, находившимися в отделении принудительного лечения специализированного типа Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана.

Основную группу (60 человек) составили больные, в отношении которых наряду с принятыми в отделении реабилитационными мероприятиями применялась разработанная нами программа. В группу сравнения (60 человек) вошли пациенты, не участвовавшие в ДПК.

Психокоррекционные мероприятия проводились в процессе курса лечения в течение одного года. Организация индивидуальных и групповых занятий программы, процедура и условия их проведения соотносились с общими целями психосоциальной терапии и реабилитации.

Основными методами исследования являлись:

1. Клинико-психопатологический.

2. Клинико-динамический.

3. Психометрический: использовались психодиагностические оценочные шкалы: методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева (МПС), методика исследования системы жизненных смыслов (МИСЖС), методика фрустрационной толерантности Розенцвейга, личностный опросник исследования агрессии и враждебности Баса-Дарки.

4. Статистический метод: для выявления достоверных различий между независимыми группами по заданным параметрам был применен U-критерий Манна-Уитни; для выявления уровня взаимосвязей между признаками – коэффициент ранговой корреляции Спирмена и факторный анализ. Выборочные характеристики исследуемых параметров представлены в виде «средней» \pm «стандартного отклонения» ($M \pm m$). Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ «Statistica for Windows» (Ver. 8.0). Для корректного выбора между параметрическими и непараметрическими статистическими тестами все количественные параметры были проверены на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова – Смирнова.

Драма-ориентированная программа психологической коррекции

Целью программы психологической коррекции является снижение аффективной напряженности, связанной с реакцией на психическое заболевание, повышение когнитивных функций, уровня социального функционирования, развитие коммуникативных и социальных навыков, развитие творческого начала и самореализации, повышение адаптационных возможностей, трудовая реабилитация.

Программа рассчитана на 20–25 групповых занятий. Продолжительность каждого занятия составляет от 1 до 2 часов, в зависимости от совокупной групповой динамики и индивидуальной динамики личностных изменений каждого из участников.

Первый этап. Установочный.

На первом этапе психотерапевт и пациент совместно формируют цели и задачи коррекции. В беседах уточняются пожелания, стремления пациента, обсуждаются детали его биографии, подробно разбираются наиболее значимые, по его мнению, эпизоды. Составленный биографический материал представляет собой основу последующей интервенции. Чрезвычайно важен для формирования союза психотерапевт–больной, осознания пациентом целесообразности проведения коррекционных мероприятий. Предлагается аналогия коррекции с драматическим искусством, коррекция рассматривается в качестве своеобразной театральной постановки, где больному предстоит выступить в качестве актера. Проводится идея, что арсенал актера чрезвычайно богат, и ему, благодаря специфическим умениям, удастся успешно решать проблемы не только на сцене, но и в жизни. Таким образом, и пациент, приобретая определенные навыки сценического мастерства, сможет в последующем справиться с вызовами и трудностями клинического и социального характера. Данный этап состоит из 2–4 занятий.

По результатам установочного этапа, исходя из потребностей больного и с учетом специфики заболевания, составляется индивидуальная психотерапевтическая экспликация (стратегия психологической коррекции).

Второй этап. Знакомство с образом.

На втором этапе происходит знакомство больного с особенностями предстоящей психокоррекционной работы. Психотерапевт знакомит респондента с понятиями «позитивный образ» и «негативный образ» (составляющими метода коррекции атмосфер трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова).

Базовыми являются следующие утверждения, заимствованные из трансдраматической терапии:

– пациент не способен решить свои проблемы потому, что он мыслит, чувствует, совершает поступки сообразно узким рамкам стереотипов, сформировавшихся в результате возникновения этих проблем;

– негативный образ пациента, образ прошлого, совместными усилиями психотерапевта и пациента должен быть отторгнут;

– должен быть сформирован исполненный уверенности в себе позитивный образ, образ будущего, что позволит больному приобрести новое качество жизни, способность достигать успеха в решении тех или иных задач.

Психотерапевт доводит до сознания пациента, что его сомнения в возможности обретения нового качества жизни связаны с тем, что в настоящее время его творческий потенциал подавлен. Аргументы, которые,

как правило, использует пациент для доказательства невозможности «чужесных перемен», опровергаются теми эпизодами в его жизни, когда, к примеру, в минуты увлеченности или радости он на время забывает о несчастьях, неудачах.

Позитивный образ может включать в себя некоторые существенные позитивные черты образа прошлого (то, что сопряжено с приятными воспоминаниями; то, что является приметой некогда «здорового» организма).

Дается разъяснение, что трудности, которые будут возникать на первых порах коррекции, связаны с сопротивлением негативного образа. Это сопротивление можно преодолеть, последовательно выполняя специальные упражнения (производные от театральных), схему которых составит психотерапевт на основании жалоб пациента, собранного анамнеза болезни и жизни.

Психотерапевт предлагает пациенту рассмотреть ранее озвученные детали его биографии в соответствии с концепцией «позитивного» и «негативного» образа. Респондент поясняет, каковы критерии проведенного им распределения. При необходимости проводится совместная коррекция распределения, коррекция дефектов ценностно-смысловой сферы личности респондента.

Знакомство с образом занимает 1–2 занятия.

Третий этап. Театральные упражнения.

Данный этап включает индивидуальные: театральные упражнения из арсенала трансдраматической терапии А.Е. Стрганова.

Психотерапевт сообщает пациенту: для того чтобы проникнуться позитивным образом, на первых порах (по аналогии с театральным процессом) удобнее всего имитировать его. Глубокая и точная имитация (равно как и актерское перевоплощение) требует специальной тренировки (выполнения специальных упражнений).

Последовательность и тип выполняемых упражнений состоит из нескольких уровней. Первый уровень соответствует общим упражнениям на внимание. Затем следуют более сложные упражнения на воображение, что придает пациенту уверенность в себе и своих способностях.

Театральным упражнениям посвящается 5–6 занятий.

Четвертый этап. Биографический тренинг.

Коррекционную программу К.В. Карпинского мы дополнили и ориентировали на коррекцию дефектов ценностно-смысловой сферы личности.

Главный акцент в ДПК был сделан на оптимизацию смысловой регуляции, которая является функциональным базисом системы осознанной психобиографической регуляции. Сообразно этому упражнения были подобраны и сконструированы таким образом, чтобы исправить у участников коррекции негативные особенности и сформировать позитивные навыки осознанной саморегуляции жизненного пути.

Формируются психотерапевтические группы численностью не более четырех участников.

В первый день занятий предлагаются упражнения на знакомство и биографическую самопрезентацию. Приобретенный на занятиях опыт фиксируются участниками коррекционной группы в дневнике самоанализа.

В свете изложенных позиций особенности предлагаемых циклов занятий заключаются в следующем:

1) занятия помогают пациентам успешно адаптироваться к новым условиям жизнедеятельности после лечения;

2) занятия позволяют обеспечить состояние внутреннего благополучия, комфорта и защищенности, что обусловлено как их содержанием, так и принятыми в группе правилами взаимодействия и личностно-центрированным стилем общения психотерапевта;

3) занятия с пациентами построены на сюжетной основе.

На каждом занятии прослеживаются та или иная сюжетная линия, составленная на основе той или иной биографии. В качестве главного действующего персонажа выступает сам пациент. Особенностью программы является ее построение на основе принципа событийности. Усвоение психологических, этических и др. знаний на основе собственного опыта, через проживание конкретных жизненных событий позволяет придать им личностный смысл, облегчает их дальнейшее применение в жизни.

Биографическому тренингу посвящается 8 занятий (по 2 занятия на каждую биографию).

Пятый этап. Представление.

Психотерапевт совместно с пациентом составляет небольшой сценарий-рассказ, представляющий собой зарисовку из будущего, историю, где респондент, в рамках принятого им позитивного образа, совершает некое успешное действие, отвечающее его стремлениям. Это может быть действие, связанное с реализацией его творческого начала; действие, направленное на помощь другому человеку; история признания его таланта и пр.

Представление, которое может принимать форму моноспектакля, либо задействовать (при их согласии) других участников группы, осуществ-

ляемое под руководством психотерапевта, включает репетиционный процесс и собственно показ. По желанию пациента зрителями могут быть только участники группы либо более широкая аудитория, включая больных, сотрудников отделения, приглашенных гостей.

На составление сценария, репетиции и представление отводится 3–4 занятия.

Шестой этап. Подведение итогов.

Психотерапевт и пациент подводят итоги выполненной психокоррекционной работы. Констатируется полное принятие пациентом нового (позитивного) образа. Проводится обсуждение. Вырабатываются планы на будущее.

Подведению итогов посвящается 1 занятие.

В последующем больной действует в рамках «позитивного образа». Ведет дневник. При встречах с психотерапевтом проводится анализ достижений и неудач, связанных с ростом творческого потенциала, повышением коммуникабельности.

Для всех пациентов при поступлении составлялась индивидуальная программа в соответствии с их принадлежностью к той или иной функциональной группе.

Результаты и их обсуждение

Согласно С.С. Александину и В.Ю. Рыбникову с соавт. (2020), важными критериями качества жизни и удовлетворенности ею являются самооценка состояния здоровья, его физического и психологического компонентов, удовлетворенности определенными сторонами жизни, а также смысловые ориентации как ценности жизни [2].

В структуре мировоззрения испытуемых, как в основной, так и группе сравнения, присутствуют все 5 классов предельных категорий. Испытуемые основной группы отличаются меньшим удельным весом категорий, отражающих ценностные, межличностные, глобально-альтруистические неизменные ценности, такие как «осмысленность и полнота жизни», «благо людей», «развитие человечества». При этом более 50 % предельных категорий имеют индивидуально-значимые «конечные» основания человеческого поведения: здоровье, личное счастье, реализация собственных возможностей. Расхождения касаются также представленности межличностных узловых категорий, таких как «значимость для других», «взаимопонимание», «единение с другими», «превосходство». Узловые категории этого

класса составляют 27,5 % в основной группе против 32,5 % в группе сравнения.

В основной группе после психокоррекции выявлено большее число узловых категорий; заметна тенденция к высокой связности смысловых образований, которые у представителей основной группы отличались большим разнообразием, что согласуется с показателями рефлексивности; более выражен негативизм (паттерн защитного поведения).

Динамика показателей средних значений структурных индикаторов по методике предельных смыслов (МПС) Д.А. Леонтьева после применения психокоррекционной программы представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика структурных индикаторов по методике предельных смыслов (МПС) Д.А. Леонтьева

Шкала	Значение показателей		p
	до коррекции	после коррекции	
Предельные категории	1,13 ± 0,03	1,14 ± 0,04	0,67
Узловые категории	2,36 ± 0,09	1,43 ± 0,11	0,001
Продуктивность	8,86 ± 3,7	9,36 ± 2,8	0,99
Индекс рефлексивности	1,46 ± 0,07	0,64 ± 0,02	0,01
Индекс негативности	0,96 ± 0,03	1,50 ± 0,06	0,02
Индекс децентрации	2,06 ± 0,07	1,50 ± 0,04	0,44
Средняя длина цепи	21,03 ± 2,81	14,28 ± 1,17	0,001

После психокоррекции в основной группе значимые различия обнаружены по следующим шкалам: индекс числа узловых категорий, индекс негативности, индекс децентрации, индекс рефлексивности, индекс средней длины цепи.

Экспериментально-психологическое исследование особенностей встречаемости смыслов предельных категорий представлено в методике исследования системы жизненных смыслов (МИСЖС). Динамика встречаемости представлена в таблице 2.

Распределение частоты встречаемости предельных смысловых категорий после проведения реабилитационных мероприятий выглядит следующим образом: наиболее выражены индивидуальные (40 %), затем гедонистические (20 %) и ценностные (15 %) категории. Наименее выражены глобально-альтруистические и межличностные (12,5 %) смысловые категории.

Таблица 2

Динамика встречаемости предельных смысловых категорий по Методике исследования системы жизненных смыслов (МИСЖС), %

Предельные смысловые категории	До психокоррекции	После психокоррекции
Индивидуальные	50	40
Гедонистические	22,5	20
Ценностные	10	15
Межличностные	10	12,5
Глобально-альтруистические	7,5	12,5

Примечание: % дается от общего числа предельных категорий в данной группе.

Анализ различий в показателях в основной группе до и после психокоррекции позволяет констатировать: пациенты, прошедшие курс разработанной нами психологической коррекции, начинают соотносить свою жизнь с жизнью других людей, снижается показатель рефлексивности, отмечается рост самосознания.

В основной группепосле применения психокоррекционной программы произошли положительные сдвиги социальной адаптации, отмечается более выраженная динамика с преобладанием повышенного качества и уровня социального функционирования и адаптации, укрепление идентичности путем совершенствования творческих способностей и самореализации ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ взаимосвязи между проявлениями агрессии и показателями методики предельных смыслов в основной группе до начала психокоррекционных мероприятий в системе комплексной реабилитации позволяет говорить о следующих тенденциях. Число узловых категорий положительно взаимосвязано с обидой (0,337 при $p = 0,033$), индекс негативности обратно коррелирует с раздражительностью (-0,313, $p = 0,049$) и негативностью (-0,317, $p = 0,046$).

Иные корреляционные связи наблюдаются в основной группе после психокоррекции: число предельных категорий отрицательно коррелирует с раздражительностью (-0,338, $p = 0,033$), индекс рефлексивности положительно коррелирует с вербальной агрессией (0,375, $p = 0,017$), а индекс децентрации положительно связан с чувством вины (0,494, $p = 0,001$).

Особый интерес представляет динамика взаимосвязей между проявлениями агрессии и результатами МПС по окончании психокоррекцион-

ной работы: индекс рефлексивности положительно коррелирует с косвенной агрессией (0,324, $p = 0,041$), индекс негативности отрицательно коррелирует с чувством вины (-0,344, при $p = 0,030$), а средняя длина цепи отрицательно коррелирует с косвенной агрессией (-0,551, $p = 0,000$). Это подтверждает наши предположения о том, что уменьшение средней длины цепи в результатах МПС является благоприятным показателем, свидетельствующим о возрастании осмысленности, способствующей снижению косвенной агрессии у пациентов основной группы. На уровне тенденций можно также говорить об отрицательной корреляции между средней длиной цепи и проявлениями раздражительности (-0,296, $p = 0,064$).

Таким образом, характер взаимосвязей между результатами МПС и проявлениями агрессии претерпевает как количественные, так и качественные изменения в процессе психокоррекции.

Оценены показатели выраженности эго-защитных реакций и степени соответствия реакций испытуемых групповому стандарту. В основной группе показатель ED-эго-защитных реакций составил 75 %, в группе сравнения – 32,5 %, уровень соответствия реакции испытуемого групповому стандарту – GCR – имеет соотношение 67,5 % и 37,5 % в основной группе и группе сравнения соответственно. Это свидетельствует о значительном повышении в основной группе показателя «Суммарная ED реакция» относительно стандарта, также выявлено снижение среднегруппового CGR у испытуемых основной группы.

Среднее значение коэффициента социальной адаптации (GCR), полученное посредством проведения теста фрустрационной толерантности, в основной группе до реабилитации составило 17,7 %, после реабилитации – 22,2 %. В группе сравнения среднее значение этого показателя – 17,8 %.

Динамика различий направлений и типов реакций по методике фрустрационной толерантности С. Розенцвейга (модификация Н.В. Тарабриной) после применения психокоррекционной программы представлена в таблице 3.

После психокоррекции у пациентов отмечается снижение значения категории E (1,18), незначительное повышение I (1,78) и высокое M (2,88), (все в сравнении с нормативными данными), наиболее выражены NP – реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» (12,13), ED – реакции «с фиксацией на самозащиту» (6,40), OD – реакции «с фиксацией на препятствии» (5,48). Исходя из этого, можно заключить, что испытуемые при фрустрации преуменьшают травмирующие, неприятные аспекты фрустрирующих ситуаций и нивелируют обращенные к окружающим агрес-

сивные проявления там, где другие обычно выражают свои требования в экстрапунитивной манере.

Таблица 3
Динамика различий направлений и типов реакций по методике фрустрационной толерантности С. Розенцвейга (модификация Н.В. Тарабиной), балл

Направления и типы реакций	До психокоррекции	После психокоррекции	p
Е экстрапунитивные	4,10±4,05	1,18±1,15	0,001
I интропунитивные	1,18±1,13	1,78±1,69	0,04
М импунитивные	1,50±1,45	2,88±1,70	0,01
od –реакции «с фиксацией на препятствии»	9,68±8,31	5,48±2,61	0,09
ed – реакции «с фиксацией на самозащите»	6,78±5,19	6,40±3,97	0,72
pr– реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности»	7,55±5,50	12,13±3,48	0,01

Результаты, полученные с помощью опросника Басса–Дарки, показали: после проведения психокоррекционных мероприятий в основной группе все категории, за исключением входящих в структуру заболевания негативизма, подозрительности и вербальной агрессии, достоверно снизились ($p < 0,05$).

Динамика типов агрессивности по методике опросника Басса–Дарки после применения психокоррекционной программы представлена в таблице 4.

Таблица 4
Динамика различий типов агрессивности по методике Басса–Дарки, балл

Шкала агрессивности	До психокоррекции	После психокоррекции	p
Физическая агрессия	5,23	4,98	0,11
Косвенная агрессия	5,15	5,05	0,11
Раздражительность	7,1	6,43	0,03
Негативизм	2,95	2,95	0,89
Обида	3,58	1,54	0,01
Подозрительность	5,88	5,88	0,81
Вербальная агрессия	6,35	5,67	0,03
Чувство вины	3,30	2,10	0,04

Согласно представленным данным, в основной группе опросника Басса–Дарка (после проведения коррекционных мероприятий) все категории агрессии снизились: физическая агрессия (4,98), косвенная агрессия (5,05), раздражительность (6,43), обида (1,54), чувство вины (2,10). Остались прежними негативизм (2,95), подозрительность (5,88) и вербальная агрессия (5,67), что входит в структуру заболевания данной категории больных.

В группе сравнения положительные сдвиги социальной адаптации, динамика с преобладанием повышенного качества уровня социального функционирования и адаптации, укрепление идентичности путем совершенствования творческих способностей и самореализации выражены незначительно ($p < 0,05$), в сравнении с основной группой.

Заключение

Анализ различий в показателях основной группы и группы сравнения позволяет констатировать: пациенты, прошедшие курс разработанной нами психологической коррекции, начинают соотносить свою жизнь с жизнью других людей, у них снижается показатель рефлексивности, отмечается рост самосознания, снижается уровень агрессии. Программа способствует подготовке больных к адаптации во внебольничных условиях, а тем самым и предупреждению повторных общественно опасных действий.

Полученные данные позволяют констатировать результативность разработанной программы. Ее эффективность доказана статистическим анализом результатов МПС.

Литература

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 976 с.
2. Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Санников М.В., Савельева М.В. Качество жизни и смысложизненные ориентации у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде // Вестник психотерапии. – 2020. – № 73 (78). – С. 59–67.
3. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.
4. Медицинская психология в системе здравоохранения региона // Материалы Первой Региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга 8–9 октября 2015 г. / под ред. А.Н. Алёхина. – СПб.: Трактат, 2015. – 257 с.
5. Строганов А.Е. Психотерапия на базе театральных систем.– СПб.: Наука и техника. – 2008. – 496 с.

6. Строганов А.Е. Трансдраматическая психотерапия. – Lambert, 2011. – 568с.
7. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrene // *Crim. Behav. Ment. Health.* – 2013. – Vol. 23, N 5. – P. 347–355.
8. Hartvig P., Alfarnes S.A. [et al.]. Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities // *Nord J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 60. – 243 p.
9. Stadtland C, Nedopil N. Aspects of basic management of offenders with mental disorders. – 2005. – Vol. 76. – P.1402–1411.
10. Wakefield J.C., First M.B. Validity of ruling out severe loss for major depression: whether empirical evidence supports proposal to eliminate exclusion from DSM-5? // *Мировая психиатрия.* – 2012. – N 11 (1). –P. 3–10.
11. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. Assessing risk for violence. Simon Fraser University. – 2013 URL: https://www.researchgate.net/publication/316998939_HCR-20V3_Assessing_risk_for_violence (дата обращения 20.08.2021)

Поступила 08.09.2021

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

Для цитирования. Кочеткова Е.П., Шереметьева И.И., Строганов А.Е. Драма-ориентированная программа психологической коррекции в системе реабилитации пациентов с шизофренией на принудительном лечении // *Вестник психотерапии.* 2021. № 80 (85). С. 82–96.

**DRAMA-ORIENTED PROGRAM OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION
IN THE REHABILITATION SYSTEM OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA
ON COMPULSORY TREATMENT**

Kochetkova E.P.¹, Sheremetyeva I.I.², Stroganov A.E.²

¹Altai Regional Narcological Dispensary
(L. Tolstoy Str. 23, Barnaul, Russian Federation);

²Altai State Medical University (Lenin Ave. 40, Barnaul, Russian Federation).

✉ Elena Petrovna Kochetkova – medical psychologist, Altai Regional Narcological Dispensary (L. Tolstogo Str., 23, Barnaul, 656049, Russia), e-mail: kochetkova00work@mail.ru;

Irina Igorevna Sheremetyeva – Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with the course of additional professional education, Rector of Altai State Medical University (Lenin Ave.,40,

Barnaul, 656038, Russia), e-mail: sheremeteva-ira@mail.ru. ORCID iD 0000-0001-8513-9869;

Alexander Evgenievich Stroganov – Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology with a course of additional professional education, Director of the Institute of Clinical Psychology of Altai State Medical University (Lenin Ave., 40, Barnaul, 656038, Russia), e-mail: jazz200261@mail.ru. ORCID iD 0000-0002-1791-7996.

Abstract. The article is devoted to the new drama-oriented program of psychological correction of patients with schizophrenia who are on compulsory treatment developed by the authors. The structure of the program is presented, the results of the study of its effectiveness are presented. The results of the study showed that the program proposed by the author forms the motivation of patients for prolonged drug and psychotherapeutic treatment, reduces emotional tension, aggressiveness, helps to adapt to society, realize the vital needs of patients and their families.

Keywords: drama-oriented psychological correction; psychological rehabilitation; schizophrenia; transdramatic psychotherapy; social adaptation.

References

1. Aleksandrovskij Yu.A. Neznakov N.G. Psihiatriya: uchebnoe posobie [Psychiatry: textbook]. Moskva. 2020. 976 p.
2. Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Sannikov M.V., Saveleva M.V. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennyye orientacii u likvidatorov posledstvij avarii na Chernobylskoj AES v otdalennom periode [Quality of life and life-meaning orientations among liquidators of the consequences of the Chernobyl accident in the remote period]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 73 (78). Pp. 59–67.
3. Karpinskij K.V. Psihologiya zhiznennogo puti lichnosti [Psychology of the life path of the individual]. Grodno. 2002. 167 p.
4. Medicinskaya psihologiya v sisteme zdavoohraneniya regiona [Medical psychology in the healthcare system of the region]. Materialy I Regionalnoj nauchno-prakticheskoy konferencii medicinskih (klinicheskikh) psihologov uchrezhdenij zdavoohraneniya Sankt-Peterburga. Ed. : A.N. Alyohin. Sankt-Peterburg. 2015. 257 p.
5. Stroganov A.E. Psikhoterapiya na baze teatralnyh system [Psychotherapy on the basis of theater systems]. Sankt-Peterburg. 2008. 496 p.
6. Stroganov A.E. Transdramaticheskaya psikhoterapiya [Transdramatic psychotherapy]. Lambert. 2011. 568 p.
7. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophreni. *Crim. Behav Ment Health*. 2013. Vol. 23, N 5. Pp. 347–355.
8. Hartvig P., Alfarnes S.A. [et al.] Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities. *Nord J. Psychiatry*. 2006. Vol. 60. 243 p.
9. Stadtlund C., Nedopil N. Aspects of basic management of offenders with mental disorders. 2005. Vol. 76. Pp. 1402–1411.
10. Wakefield J.C., First M.B. Validity of ruling out severe loss for major depression: whether empirical evidence supports proposal to eliminate exclusion from DSM-5? *World psychiatry*. 2012. N 11 (1). Pp. 3–10.

11. Webster C., Douglas K.S., Eaves D., Hart S. Assessing risk for violence. *Simon Fraser University*. 2013. URL: https://www.researchgate.net/publication/316998939_HCR-20V3_Assessing_risk_for_violence.

Received 08.09.2021

For citing. Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E. Drama-orientirovannaya programma psihologicheskoy korrekcii v sisteme rehabilitacii pacientov s shizofreniej na prinuditelnom lechenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 82–96. **(In Russ.)**

Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E. Drama-oriented program of psychological correction in the rehabilitation system of patients with schizophrenia on compulsory treatment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 82–96.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14/1)

В последнее время появились исследования, посвященные проблемам, связанным с адаптацией студентов с синдромом вегетативных дисфункций к условиям вуза. Исследования выявили трудности адаптации студентов младших курсов к новым для них условиям вуза. Несомненно, на адаптацию оказывает влияние наличие ряда заболеваний у студентов. Целью нашей работы является исследование особенностей обучения в вузе студентов с синдромом вегетативных дисфункций и выработка рекомендаций по коррекции психовегетативных расстройств. Проведено исследование психофизиологических показателей, влияющих на стресс-реакции студентов. Получены данные о том, что ранняя диагностика синдрома вегетативных дисфункций со своевременным выявлением лиц с предрасположенностью к развитию психовегетативных расстройств, их своевременная коррекция влияют на успешность профилактики и лечения психовегетативных расстройств и ведут к улучшению показателей успеваемости студентов с синдромом вегетативных дисфункций.

Ключевые слова: синдром вегетативных дисфункций, коррекция психовегетативных расстройств.

Введение

В настоящее время появились исследования, посвященные проблемам, связанным с адаптацией студентов к условиям вуза при наличии у них функциональных расстройств вегетативной регуляции [1, 2, 5]; их авторами было выявлено затруднение адаптации таких студентов к условиям обучения. Несомненно, на адаптацию оказывает влияние наличие ряда заболеваний у студентов [3, 4, 5].

✉ Леонтьева Мария Олеговна – препод. каф. психофизиологии, Ун-т при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14/1), e-mail: lov63@inbox.ru;

Гневыхшев Евгений Николаевич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ун-т при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14/1), e-mail: vmeda-ev@mail.ru;

Яковлев Евгений Васильевич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ун-т при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14/1), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

Синдром вегетативной дисрегуляции (СВД) может возникать в рамках психофизиологических реакций у здоровых людей под воздействием чрезвычайных, экстремальных событий и в острой стрессовой ситуации, а также в периоды гормональных перестроек (пубертат, преклимакс и климакс, беременность, лактация), при приеме гормональных препаратов. СВД встречается при разных профессиональных заболеваниях, органических, соматических и неврологических расстройствах. Лечение основного заболевания приводит к уменьшению или полному исчезновению признаков синдрома вегетативной дисрегуляции. Термин «психовегетативный синдром» в середине прошлого века предложил немецкий исследователь W. Thiele для обозначения надсегментарных вегетативных расстройств. В структуре синдрома указывались разнообразные вегетативные нарушения: бледность и гиперемия кожных покровов, тремор, гипергидроз, тахикардия и брадикардия, гипертония и гипотония, алгические ощущения, дисфункции различных систем и органов. Психовегетативный синдром обозначался как «вегетативный невроз», «общий психосоматический синдром». В отечественной литературе данный термин используют для обозначения СВД, связанного с психогенными факторами и характеризуемого как проявление эмоциональных и аффективных расстройств [6, 7].

В подавляющем большинстве случаев причиной СВД являются психические нарушения тревожного или тревожно-депрессивного характера в рамках невротических, связанных со стрессом, нарушений, реже – эндогенного заболевания. Он обусловлен дисфункцией надсегментарного отдела вегетативной системы. Наиболее значимым гуморальным посредником антидепрессантной и антиноцицептивной систем головного мозга выступает нейротрансмиттер серотонин [5, 8].

Целью нашей работы является исследование особенностей обучения в вузе студентов с синдромом вегетативных дисфункций и выработка рекомендаций по коррекции психовегетативных расстройств.

Организация и методы исследования

Всего обследовано 22 студента женского пола АНО ВО «Межрегиональный институт экономики и права», из них 12 студентов из группы наблюдения врачом медицинского кабинета (группа 1), у которых в клинической картине имели место выраженные психовегетативные проявления (утомляемость, вегетативная лабильность, снижение интеллектуально-мнестических функций, фобические и депрессивные реакции). Группу

сравнения составили 10 студентов женского пола с диагнозом «практически здоров» (группа контроля). Средний возраст студентов: $22 \pm 1,9$ лет.

Субъективное состояние испытуемых группы 1 (табл. 1) характеризовалось жалобами на нарушение процесса засыпания, раздражительностью, чувством усталости, выявленными в период беседы.

Таблица 1
Психофизиологические показатели у больных, ($M \pm m$)

Показатели, единицы измерения	Значения показателей в группах	
	группа контроля, n = 10	группа 1, n = 12
ЛП ССМР, мс.	$260,1 \pm 8,2$	$288,1 \pm 6,1^*$
КЧСМ, у.е.	$40,2 \pm 0,8$	$39,1 \pm 0,9$
ОП1		
количество правильных действий	$40,3 \pm 0,9$	$34,1 \pm 0,8^*$
количество ошибок	$1,9 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,3^*$
Самочувствие, балл	$5,1 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1^*$
Активность, балл	$5,8 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,1^*$
Настроение, балл	$5,3 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,3^*$
Реактивная тревожность, у.е.	$34,2 \pm 0,6$	$42,4 \pm 0,9^*$
Личностная тревожность, у.е.	$35,2 \pm 2,1$	$39,3 \pm 2,1$

Примечание: * – различия достоверны, $p < 0,05$.

Проводились измерение латентного периода (ЛП) сложной сенсомоторной реакции с выбором (ССМР с выб.), значения критической частоты слияния световых мельканий (КЧСМ), показателей теста САН и ситуативной и личностной тревожности с использованием теста Ч. Спилбергера в модификации Ю. Ханина, а также количества действий и ошибок при проведении регистрации показателей оперативной памяти (ОП1). Вегетативное обеспечение регистрировалось по схеме [5], где по жалобам, частоте сердечных сокращений, артериальному давлению, минутному объему зубцов и интервалов ЭКГ, сведенных в таблицу, вычислялись: R/p – число баллов, свидетельствующих о наличии парасимпатических симптомов при регуляции сердечно-сосудистой системы; R/sym – число баллов, свидетельствующих о наличии симпатических влияний при регуляции сердечно-сосудистой системы.

Для выявления синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у обследуемых использовалась анкета «Вопросник для выявления признаков веге-

тативных изменений» (Вейн А.М. и др., 2003), заполняемая самими обследуемыми.

По результатам заполнения таблицы определялась сумма баллов в зависимости от наличия вегетативных дисфункций. У здоровых лиц данная сумма не превышает 15 баллов, а в случае превышения показателя СВД (15 баллов) можно говорить о наличии синдрома вегетативной дисфункции.

Также анализировалась успеваемость каждого из испытуемых.

Для статистической обработки была сформирована база данных, включающая признаки и переменные по каждому обследованному. Производные величины представлены в формате средних арифметических значений \pm стандартная ошибка средних значений ($M \pm m$). Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel.

Проведена оценка закона распределения количественных показателей. При нормальном распределении показатели оценивались с помощью параметрических методов. Параметрические критерии (t-критерий Стьюдента) использованы при исследовании интервальных шкал в выборках с нормальным распределением. Различия оценивали с помощью двухстороннего критерия и считали их статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Проведен корреляционный анализ.

Результаты собственных исследований

При психофизиологическом обследовании в группе 1 выявлено, что уровень реактивной тревожности оценивается как умеренно-тревожный.

Имеют место низкие показатели самочувствия (тест САН). Количество правильно выполненных действий при определении показателей оперативной памяти были достоверно ниже, по сравнению с контролем (тест ОП 1). Одновременно отмечался более длительный латентный период ССМР (с выбором).

У студентов группы 1 (табл. 2) наблюдается достоверное увеличение симпатического тонуса, по сравнению с группой здоровых, и регистрируется синдром вегетативных дисфункций.

Отмечалось, что успеваемость студентов группы 1 была в среднем ниже, чем в группе контроля (1 группа: $3,7 \pm 0,1$, группа контроля: до $4,4 \pm 0,1$, $p < 0,05$).

Выявлена достоверная прямая корреляционная связь между показателями реактивной тревожности и латентного периода ССМР (коэф. корр. = $+ 0,85$, $p < 0,05$).

Таблица 2

Вегетативный тонус у больных гипертонической болезнью, (M ± m)

Показатели, баллы	Значения показателей в группах	
	группа контроля, n = 10	группа 1, n = 12
Симпатические проявления в регуляции сердечно-сосудистой системы	13,9 ± 0,9	17,6 ± 0,6*
Парасимпатические проявления в регуляции сердечно-сосудистой системы	12,1 ± 0,8	10,3 ± 0,9
Синдром вегетативной дисфункции	9,2 ± 0,3	16,4 ± 0,4*

Примечание: * – различия достоверны, $p < 0,05$.

Таким образом, диагностика психовегетативных расстройств может быть проведена при фиксации выраженных изменений: на фоне повышения симпатического тонуса вегетативной нервной системы и увеличения показателей синдрома вегетативной дисфункции наблюдаются повышенные значения показателей латентного периода сенсомоторной реакции, сниженные значения показателей, характеризующих оперативную память, увеличенные значения уровня реактивной тревожности по тесту Спилбергера – Ханина.

Патогенез вегетативного дисбаланса в развитии психовегетативных расстройств оказывает патопластическое влияние на их клинические проявления и динамику.

При всем многообразии каждого из названных вариантов клиническая симптоматика является интегральным отражением взаимодействия комплекса внешних и внутренних условий.

При проведении беседы с больными группы 1 отмечено периодическое возвращение пострадавшего к переживаниям, связанным с травмирующим его событием в виде постоянно повторяющихся, вызывающих неприятные переживания воспоминаний; «оживления» стрессора, спровоцированного событиями, ассоциирующимися с обстоятельствами психотравмирующей ситуации.

Характерно устойчивое стремление человека избегать всего, что даже отдаленно напоминало бы о психологической травме. Отмечают устойчивые симптомы, отражающие повышенный уровень психологической чувствительности или возбудимости, появившиеся после психологической травмы: нарушение сна; повышенная раздражительность,

вспышки гнева; затруднения при необходимости концентрировать внимание. Клиника психовегетативных расстройств может либо проявляться на доклиническом уровне (при сохранности индивидуального барьера психической адаптации), либо выражаться в конкретных нозологических формах, определяя их клиническое своеобразие, особенности течения и исход.

Студенты группы 1 включались в группу наблюдения врачом медицинского кабинета, который совместно с сотрудниками психологической лаборатории вуза давал студентам рекомендации по вопросам адаптации к учебному процессу и профилактики развития психосоматической патологии, также проводились сеансы рациональной психотерапии. В результате через 1 год после начала обследования и коррекции нами выявлено улучшение успеваемости (с $3,7 \pm 0,1$ до $4,3 \pm 0,2$), при отсутствии выраженных психовегетативных проявлений. В течение этого года наблюдения испытуемые не госпитализировались по поводу синдрома вегетативных дисфункций.

Заключение

Таким образом, показатели психофизиологического обследования у студентов группы 1 отличались от группы здоровых студентов уровнем реактивной тревожности (в сторону умеренно-тревожных показателей), сниженными значениями самочувствия, активности и настроения (тест САН). Количество правильно выполненных действий при определении оперативной памяти были достоверно ниже, по сравнению с контролем. Ранняя диагностика нейроциркуляторной астении со своевременным выявлением лиц с предрасположенностью к развитию психовегетативных расстройств, их своевременная коррекция влияют на успешность профилактики и лечения психовегетативных расстройств и ведут к улучшению показателей успеваемости. В результате психокоррекционных мероприятий мы наблюдали повышение показателей успеваемости, что свидетельствовало о формировании процесса эффективной адаптации у студентов с синдромом вегетативных дисфункций.

Литература

1. Аберган В.П., Беланович В.П. Социальная адаптация к студенческой профессиональной деятельности // Психологическое сопровождение образовательного процесса: сб. науч. ст. – Минск: РИПО, 2014. – С. 3–11.
2. Александрович П.И. Психологическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении [Электронный ресурс] // Труды БГТУ. – Серия 6: История, философия. – 2015. – № 5 (178). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-adaptatsiya-studentov-k-obucheniyu-v-vysshem-uchebnom-zavedenii> (дата обращения: 22.09.2021).

3. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Данилов А.Б. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.

4. Гадельмина Т.Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации // Вестник ТГУ. – 2011. – Вып. 6 (108). – С. 161–164.

5. Макарова А.Н. Адаптация студентов к профессионально-педагогической деятельности: автореф. ... канд. пед. наук. – Нижний Новгород, 2005. – 23 с.

6. Меренков А.В., Сущенко А.Д. Потребности студентов вузов в дополнительном образовании: особенности формирования и реализации // Вопросы образования. – 2016. – № 3. – С. 204–223.

7. Рогинская Т.П. Психическое здоровье студентов // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – С. 470.

8. Lester D. Measuring Maslow's hierarchy of needs // Psychological Reports. – 2013. – Vol. 113, Iss. 1. – Pp. 15–17.

Поступила 06.10.2021

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

Для цитирования. Леонтьева М.О, Гневывшев Е.Н., Яковлев Е.В. Психофизиологическая характеристика студентов с нарушением вегетативной регуляции в период обучения в вузе // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 97–105.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS WITH IMPAIRED AUTONOMIC REGULATION DURING THEIR STUDIES AT THE UNIVERSITY

Leonteva M.O., Gnevyshev E.N., Yakovlev E.V.

University at the Inter-parliamentary assembly EurAsEC
(Smolyachkova Str., 14/1, St. Petersburg, Russia)

✉ Maria Olegovna Leonteva – lecturer of Department of Psychophysiology Sincerely University at the Inter-parliamentary assembly EurAsEC (Smolyachkova Str., 14/1, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Evgeny Nikolaevich Gnevyshev – PhD Med. Sci., Associate Prof. of Department of Psychophysiology Sincerely University at the Inter-parliamentary assembly EurAsEC (Smolyachkova Str., 14/1, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmedaev@mail.ru;

Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD Med. Sci., Associate Prof. of Department of Psychophysiology Sincerely University at the Inter-parliamentary assembly EurAsEC (Smolyachkova Str., 14/1, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

Abstract. Recently, there have been studies devoted to problems related to the adaptation of students with autonomic dysfunction syndrome to university conditions. Studies have revealed difficulties in adapting undergraduate students to new university conditions for them. Undoubtedly, it is influenced by the presence of a number of diseases in students. The purpose of our work is to study the peculiarities of university education of students with autonomic dysfunction syndrome and to develop recommendations for the correction of psychovegetative disorders. A study of psychophysiological studies affecting the stress reactions of students was conducted. Data were obtained that early diagnosis of autonomic dysfunction syndrome and timely identification of persons with a predisposition to the development of psychovegetative disorders, their timely correction affects the success of prevention and treatment of psychovegetative disorders and improvement of academic performance of students with autonomic dysfunction syndrome.

Keywords: syndrome of autonomic dysfunctions, correction of psychovegetative disorders.

References

- 1 Abergan V.P., Belanovich V.P. Socialnaya adaptaciya k studencheskoj professionalnoj deyatelnosti [Social adaptation to student professional activity]. *Psichologicheskoe soprovozhdenie obrazovatel'nogo processa* [Psychological support of the educational process]. Minsk. 2014. Pp. 3–11. (In Russ.)
- 2 Aleksandrovich P.I. Psichologicheskaya adaptaciya studentov k obucheniyu v vysshem uchebnom zavedenii [Psychological adaptation of students to study at a higher educational institution]. *Trudy BGTU* [Woks of BGTU]. Ser. 6: Istoriya, filosofiya. 2015. N 5 (178). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psichologicheskaya-adaptatsiya-studentov-k-obucheniyu-v-vysshem-uchebnom-zavedenii> (In Russ.)
- 3 Vejn A.M., Soloveva A.D., Danilov A.B. Vegetativnye rasstrojstva. Klinika, diagnostika, lechenie [Vegetative disorders. Clinic, diagnostics, treatment]. Moskva. 2003. 752 p. (In Russ.)
- 4 Gadelynina T.G. Strukturno-urovnevaya koncepciya psihicheskoy adaptacii [Structural-level concept of mental adaptation]. *Vestnik TGU* [Bulletin of TSU]. 2011. Iss. 6 (108). Pp. 161–164. (In Russ.)
- 5 Makarova A.N. Adaptaciya studentov k professionalno-pedagogicheskoy deyatelnosti [Adaptation of students to vocational and pedagogical activities] : abstract ... PhD. Ped. Sci. Nizhnij Novgorod. 2005. 23 p. (In Russ.)
- 6 Merenkov A.V., Sushhenko A.D. Potrebnosti studentov vuzov v dopolnitelnom obrazovanii: osobennosti formirovaniya i realizacii [Needs of university students in additional education: features of formation and implementation]. *Voprosy obrazovaniya* [Education issues]. 2016. N 3. Pp. 204–223. (In Russ.)

7 Roginskaya T.P. Psichicheskoe zdorove studentov [Mental health of students] *Psihologiya zdorovya* [Psychology of health]. Ed.: G.S. Nikiforova. Sankt-Peterburg, 2006. Pp. 470. (In Russ.)

8 Lester D. Measuring Maslow's hierarchy of needs. *Psychological Reports*. 2013. Vol. 113, Iss. 1. Pp. 15–17.

Received 06.10.2021

For citing. Leonteva M.O., Gnevyshev E.N., Yakovlev E.V. Psihofiziologicheskaya karakteristika studentov s narusheniem vegetativnoj regulyacii v period obucheniya v vuze. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 97–105. **(In Russ.)**

Leonteva M.O., Gnevyshev E.N., Yakovlev E.V. Psychophysiological characteristics of students with impaired autonomic regulation during their studies at the university. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 97–105.

**СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ВЫГОРАНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 – ИНФЕКЦИЮ**

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

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

³ Институт экспериментальной медицины
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Павлова, д. 12);

⁴ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии им. Пастера (Россия, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14).

Представлены результаты изучения особенностей совладающего поведения и профессионального выгорания у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 – инфекцию. Обследовано 183 реконвалесцента, перенесших 6–8 месяцев назад COVID-19 – инфекцию. Клиническими формами COVID-19 у пациентов в исследовании были: инapparантная форма (79 человек – 43,17 %), острая респираторная вирусная инфекция (67 человек – 36,61 %), пневмония без дыхательной недостаточности (37 человек – 20,22 %). Диагностика всех клинических случаев COVID-19, обследование, лечение и выписка больных из стационара проводились в соответствии с нормативными документами. Исследование показало высокую конструктивность стратегий преодолевающего поведения при раз-

✉ Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: igor_ulyukin@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8911-4458;

Сечин Алексей Александрович – нач. научно-исслед. лаб., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: sechinalex@rambler.ru;

Рассохин Вадим Владимирович – д-р мед. наук, проф. каф. социально-значимых инфекций, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова; зав. лаб. хронич. вирусных инфекций отдела экологической физиологии, Ин-т эксперимент. медицины; вед. науч. сотр., С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т эпидемиологии и микробиологии им. Пастера (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: gas-doc@mail.ru, ORCID: 0000-0002-1159-0101;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук, проф., ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru, ORCID 0000-0003- 1095-1216;

Орлова Елена Станиславовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: oes17@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-1586-6635.

личных клинических формах протекания COVID-19 – инфекции у мужчин и женщин. Установлено, что основными моделями преодоления в обеих группах являются вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, ассертивные действия, представленные в различной иерархической последовательности при разных клинических формах COVID-19 – инфекции. В ходе изучения показателей профессионального выгорания у мужчин и женщин, перенесших COVID-19 – инфекцию, обратил на себя внимание высокий уровень деперсонализации при всех клинических формах заболевания. Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке алгоритмов психологической поддержки и реабилитации, сохранения здоровья реконвалесцентов, при планировании и осуществлении медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: лица молодого возраста, COVID-19 – инфекция, пандемия, стрессовые ситуации, копинг, профессиональное выгорание, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональные достижения, медико-психологическое сопровождение.

Введение

Известно, что особенностью COVID-19 – инфекции, пандемия которой которой началась в 2019 году, явился тот факт, что она она передается незаметно и быстро (как и все вирусные инфекции); этим можно объяснить высокую степень тревоги и страха в обществе, рост стигматизации и дискриминации [20]. Полагают, что массовый характер психологической травматизации в ходе пандемии и связанные с нею причины влекут за собой негативные изменения ключевых макропсихологических показателей (снижение психологической устойчивости и социально-психологического благополучия) [8, 17]. Прогнозируют и рост межгрупповой напряженности, связанной с пандемией и с ее социально-экономическими последствиями [11], так как история человечества показывает взаимосвязь известных эпидемий со вспышками ксенофобии, межгрупповой напряженностью и поиском врагов [32], а низкий уровень социального доверия снижает общественную поддержку мер, принимаемых государством для преодоления последствий пандемии. В том числе и по указанным причинам, жизнь современного человека сама по себе характеризуется разного рода трудностями и стрессами, поэтому для поддержания успешности в учебной и профессиональной деятельности, для сохранения психологического здоровья в непростых условиях жизнедеятельности необходимо уметь преодолевать их.

В настоящее время стратегии совладания с различными стрессовыми ситуациями обозначают термином «копинг», который был определен как когнитивный и поведенческий способ преодоления стресса. Данное поня-

тие изначально предложено Р. Лазарусом и С. Фолкман и первоначально использовалось в рамках транзактной модели стресса [24], а позже – при изучении реакции человека на трудности, связанные с профессиональной и учебной деятельностью [21, 22, 25].

С момента начала изучения когнитивных и поведенческих способов преодоления стресса наметился ряд новых направлений исследований. Так, в настоящее время проблема копинга рассматривается через призму его нейрофизиологических основ [31], при этом подробно изучаются стратегии преодоления в период детства и юности человека, влияние природных, социальных факторов на развитие копинг-поведения, анализируется роль копингов в жизнестойкости субъекта, внимание акцентируется на социально-демографических предпосылках выбора копинг-стратегий субъектами [18, 19]. Между представителями различных половозрастных и социальных групп определены различия предпочитаемых стратегий совладания, выявлены особенности способности к копингу у детей с разными типами привязанности [1, 34]. Полагают, что копинг имеет серьезное значение для решения экстернализированных поведенческих проблем у молодежи, наряду с эмоциональной регуляцией и принятием решений [29].

Был разработан и подход, рассматривающий совладающее поведение как поведение субъекта, детерминируемого структурным, динамическим, экологическим и регулятивным факторами («...диспозиционный фактор совладающего поведения представляет соотношение индивидуально-психологических особенностей, личностных стилевых качеств, являющихся субъектными, т.е. задающими человеку выбор активного поведения в трудной жизненной ситуации. Разноуровневые диспозиционные характеристики (от нейротизма и тревожности до самоотношения) могут выступать предикторами выбора определенных стилей совладания» [7]).

В отечественной психологии на сегодняшний день не существует общепризнанного инструментария для измерения совладающего поведения, хотя и признается, что вопрос о валидности методик, оценивающих стратегии преодолевающего поведения, актуален, поскольку подробная и надежная диагностика копинг-стратегий может выступить в качестве основы для коррекционной работы по снижению стресса и рисков суицида, для определения условий и ресурсов для сохранения психического здоровья на фоне психосоциальных или средовых проблем [23, 27]. Вне коррекционной работы, но в условиях осознаваемой социальной поддержки, стратегии совладающего поведения служат значительным ресурсом для сохранения психического здоровья [33].

В связи тем, что проблематика копингов увязывается с более общими механизмами саморегуляции [9, 31], важную роль приобретает проблема профессионального выгорания как субъектно-личностного дезадапционного периода профессионализации, который в настоящее время рассматривается как состояние и процесс эмоционального, физического и умственного истощения работника в условиях профессиональной деятельности, которое имеет свое продолжение в личной жизни. Традиционно синдром выгорания разные авторы соотносят с общей теорией стресса, рассматривая его как особый стресс-синдром с широкой симптоматикой (которая проявляется в определенных обстоятельствах или ситуациях, потому что выгорание – это сугубо индивидуальный процесс). Вместе с тем, получены достоверные доказательства того, что понятие «стресс» отличается от понятия «выгорание» как концептуально, так и эмпирически: полагают, что первое относится к психическим состояниям, а второе затрагивает более высокие уровни психологической регуляции и деформации психики личности в целом [6].

Субъективно профессиональное выгорание проявляется в виде душевного неблагополучия вследствие энерго-информационного дисбаланса между ожиданиями и реальностью; в переживаниях эмоционально-мотивационного «опустошения»; в негативных диспозициях к объектам и субъектам профессиональной деятельности; в усилении пессимистических ожиданий относительно положительного результата, позитивного подкрепления (вознаграждения) за результаты активной деятельности; в неудовлетворенности работой в организации, потере значимости и смыслов «сверх-усилий» в осуществляемой деятельности и в других признаках снижения субъектной активности [4]. Объективно же профессиональное выгорание проявляется в установках и действиях, способствующих субъективному уменьшению неопределенности трудовой деятельности, что связано с использованием неконструктивных поведенческих стратегий.

Вместе с тем взаимосвязь копинг-стратегий и профессионального выгорания у лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию, изучена недостаточно.

Целью исследования стало выявление предпочитаемых стратегий преодоления затруднительных ситуаций и оценка профессионального выгорания у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 – инфекцию, для эффективного проведения медико-психологических и социальных интервенций в интересах сохранения эпидемиологического благополучия в обществе в период настоящей эпидемии.

Материал и методы исследования

Обследовано 183 реконвалесцента (106 мужчин – М, средний возраст $24,58 \pm 1,79$ года, и 77 женщин – Ж, средний возраст $19,44 \pm 0,89$ года), перенесших 8 месяцев назад COVID-19 – инфекцию. Основными клиническими формами (КФ) COVID-19 в нашем исследовании были: инанпаратная форма (ИФ, 79 человек – 43,17 %), острая респираторная вирусная инфекция (ОРЗ, 67 человек – 36,61 %), пневмония без дыхательной недостаточности (П, 37 человек – 20,22 %).

Установление диагноза, последующее обследование, лечение и выписка больных из стационара проводилось в соответствии с нормативными документами [5]. Клинически выраженные формы заболевания были легкого и среднетяжелого течения; осложнений, вызванных основным заболеванием, не диагностировано. На момент обследования в группе исследования все были практически здоровы.

Исследование предпочитаемых стратегий преодоления затруднительных ситуаций было проведено по личностному опроснику С. Хобфолла и М. Лерман «Strategic Approach To Coping Scale» (SACS) [26], перевод и адаптация которого выполнены Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [3].

Положенная в основу методики стратегий преодоления модель строится на мнении авторов опросника относительно социальных последствий преодолевающего поведения, гендерных и межкультурных различий в поведенческих стратегиях (что позволяет более дифференцированно подойти к различиям в стратегиях преодоления) и основывается на предпосылке о том, что «здоровое» преодоление является активным и просоциальным; активное же преодоление, в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов, повышает стрессоустойчивость человека.

В опроснике рассматриваются девять моделей поведения (стратегии преодоления): ассертивные действия (АД), вступление в социальный контакт (СК), поиск социальной поддержки (СП), осторожные действия (ОД), избегание (И), импульсивные действия (ИД), манипулятивные (непрямые) действия (НД), асоциальные действия (АсД), агрессивные действия (АгД).

Анализ и интерпретация полученных данных проводятся на основании сравнения полученных оценок по каждой из субшкал со средними контрольными значениями, как по исследуемой группе, так и по конкретному человеку (табл. 1).

Таблица 1

Показатели стратегий преодоления (данные авторов методики, балл)

Стратегии преодоления	Модель поведения (действия)	Степень выраженности преодолевающей стратегии			Среднее значение, $M \pm m$
		низкая	средняя	высокая	
Активная	АД	6–17	18–22	23–30	20,03 ± 0,45
Просоциальная	СК	6–21	22–25	26–30	23,25 ± 0,43
	СП	6–20	21–24	25–30	22,36 ± 0,47
Пассивная	ОД	6–17	18–23	24–30	20,65 ± 0,40
	И	6–13	14–17	18–30	18,39 ± 0,40
Прямая	ИД	6–15	16–19	20–30	15,65 ± 0,49
Непрямая	НД	6–17	18–23	24–30	18,89 ± 0,52
Асоциальная	АсД	6–14	15–19	20–30	15,86 ± 0,61
	АгД	6–13	14–18	19–30	16,41 ± 0,52

На основании полученных данных для определения степени конструктивности поведения рассчитывается оценка общего индекса конструктивности стратегий преодолевающего поведения (ИК) по формуле:

$$\text{ИК} = \text{АП} : \text{ПА},$$

где АП – сумма показателей субшкал 1, 2, 3; ПА – сумма показателей субшкал 6, 8, 9.

Конструктивная стратегия является «здоровым» и активным преодолением, а в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов (контактов) повышает стрессоустойчивость человека.

Общий индекс конструктивности	Выраженность конструктивности
ИК < 0,85	низкая конструктивность
ИК = (0,86 – 1,1)	средняя конструктивность
ИК > 1,1	высокая конструктивность

Синдром выгорания был исследован нами по опроснику «Профессиональное выгорание» (ПВ), разработанному на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона [28] (русскоязычная версия Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой) [2]. Он состоит из трех субшкал: «Эмоциональное истощение» (ЭИ), «Деперсонализация» (Дп) и «Профессиональные достижения» (ПУ).

О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация» и низкие – по шкале «Профессиональная эффективность» (редукция пер-

сональных достижений). Считается, что чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, чем меньше он удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания. Поэтому при исследовании динамики выгорания необходимо брать в расчет как конкретные значения по всем трем субшкалам, так и их взаимосвязь (потому что взаимосвязь и взаимовлияние факторов выгорания определяют динамику процесса его развития). В собственном исследовании нами был использован вариант опросника «ПВ» для медицинских работников (в соответствии с профессиональной принадлежностью обследованных лиц – студенты факультета первичной подготовки врачей). Полученные данные сравнивались с контрольными значениями (табл. 2). Исследование осуществлялось в соответствии с принципами доказательной медицины [15], было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым.

Таблица 2

Уровни показателей выгорания (данные авторов методики, балл)

Субшкала	Группы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень
Эмоциональное истощение	Мужчины	5–15	16–24	25–34	Более 34
	Женщины	6–16	17–25	26–34	Более 34
Деперсонализация / цинизм	Мужчины	2–4	5–12	13–15	Более 15
	Женщины	1–4	5–10	11–13	Более 15
Профессиональная успешность	Мужчины	37–48	34–28	27–23	22 и менее
	Женщины	37–48	36–28	27–22	21 и менее

У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [12]. Исследование проводилось групповым методом в течение 40 мин. Все обследованные лица имели законченное среднее образование, поэтому предполагалось, что опрошенный способен оценить характер собственных переживаний, возникающих при прочтении утверждений, и привести их в соответствие с предложенными в методиках шкалами. Исследование носило индифферентный характер (обследованные не были заинтересованы в его результатах).

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [16].

Полученные количественные признаки представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение признака, m – стандартная ошибка средней величины. При сравнении полученных данных использовался t -критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$). С помощью коэффициента корреляции Пирсона определяли силу линейной связи между величинами.

Результаты и их анализ

При исследовании модели поведения у лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию, установлено, что у респондентов (как мужчин, так и женщин) степень выраженности стратегий преодоления в основном низкая и средняя. Это нашло свое отражение в среднем балле методики (табл. 3 и 4).

При анализе стратегий действия обследованных лиц важно отметить их ассертивность как умение самостоятельно регулировать свое поведение и отвечать за него вне зависимости от оценок и влияния других людей, ибо это баланс между пассивным и агрессивным стилем общения – что особенно актуально в настоящих условиях еще не завершившейся COVID-19 – эпидемии [30].

Традиционно считается, что мужчины чаще направляют свои усилия по преодолению непосредственно на проблему, вызвавшую стресс (проблемно-ориентированное поведение преодоления), тогда как женщины предпочитают направлять усилия на управление своими эмоциональными реакциями на стресс (эмоционально-ориентированное поведение преодоления) или используют стратегию избегания; в то же время полагают, что гендерные различия в преодолении могут быть в большей степени продуктом окружения, в котором находятся мужчины и женщины, чем функцией гендера.

Таблица 3

Степень выраженности стратегий преодоления у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 (%; абс.)

Обследованный контингент	Стратегия действия	Клинические формы COVID-19 – инфекции														
		ИФ, n = 34						ОРЗ, n = 46						П, n = 26		
		Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
мужчины	АД	32,35 % - 11	44,12 % - 15	23,53 % - 8	39,13 % - 18	32,61 % - 15	28,16 % - 13	30,77 % - 8	61,54 % - 16	7,69 % - 2						
	СК	35,29 % - 12	47,06 % - 16	17,65 % - 6	54,35 % - 25	28,16 % - 13	17,39 % - 8	76,92 % - 20	23,08 % - 6	0,0						
	СП	38,23 % - 13	32,35 % - 11	29,41 % - 10	58,67 % - 27	23,91 % - 11	17,39 % - 8	69,23 % - 18	26,92 % - 7	3,85 % - 1						
	ОД	20,59 % - 7	52,94 % - 18	26,47 % - 9	32,61 % - 15	54,35 % - 25	13,04 % - 6	19,23 % - 5	73,07 % - 19	7,69 % - 2						
	И	17,64 % - 6	41,18 % - 14	41,18 % - 14	8,69 % - 4	39,13 % - 18	52,17 % - 24	7,69 % - 2	30,77 % - 8	61,54 % - 16						
	ИД	58,82 % - 20	23,53 % - 8	17,65 % - 6	43,48 % - 20	47,83 % - 22	8,69 % - 4	19,23 % - 5	53,85 % - 14	26,92 % - 7						
	НД	67,65 % - 23	29,41 % - 10	2,94 % - 1	50,0 % - 23	47,83 % - 22	2,17 % - 1	34,61 % - 9	65,38 % - 17	0,0						
	АсД	38,23 % - 13	41,18 % - 14	20,59 % - 7	28,26 % - 13	41,3 % - 19	30,43 % - 14	15,38 % - 4	34,61 % - 9	50,0 % - 13						
	АгД	61,76 % - 21	14,71 % - 5	23,53 % - 8	36,96 % - 17	39,13 % - 18	23,91 % - 11	19,23 % - 5	46,15 % - 12	34,61 % - 9						
Обследованный контингент	Модель поведения (действия)	Клинические формы COVID-19 – инфекции														
		ИФ, n = 45						ОРЗ, n = 21						П, n = 11		
женщины	АД	31,11 % - 14	48,89 % - 22	20,0 % - 9	14,29 % - 3	28,57 % - 6	57,14 % - 12	45,45 % - 5	54,55 % - 6	0,0						
	СК	40,0 % - 18	46,67 % - 21	13,33 % - 6	38,09 % - 8	28,57 % - 6	33,33 % - 7	54,55 % - 6	27,27 % - 3	18,18 % - 2						
	СП	28,89 % - 13	33,33 % - 15	37,78 % - 17	23,81 % - 5	23,81 % - 5	52,28 % - 11	63,64 % - 7	9,09 % - 1	27,27 % - 3						
	ОД	22,22 % - 10	57,78 % - 26	20,0 % - 9	23,81 % - 5	52,28 % - 11	23,81 % - 5	27,27 % - 3	36,36 % - 4	36,36 % - 4						
	И	26,67 % - 12	35,56 % - 16	37,78 % - 17	14,29 % - 3	23,81 % - 5	52,28 % - 13	54,55 % - 6	45,45 % - 5	0,0						
	ИД	15,56 % - 7	62,22 % - 28	22,22 % - 10	66,67 % - 14	23,81 % - 5	9,52 % - 2	27,27 % - 3	54,55 % - 6	18,18 % - 2						
	НД	60,0 % - 27	40,0 % - 18	0,0	61,9 % - 13	28,57 % - 6	9,52 % - 2	81,82 % - 9	18,18 % - 2	0,0						
	АсД	35,56 % - 16	51,11 % - 23	13,33 % - 6	52,28 % - 11	23,81 % - 5	23,81 % - 5	63,64 % - 7	27,27 % - 3	9,09 % - 1						
	АгД	44,44 % - 20	40,0 % - 18	15,56 % - 7	52,28 % - 11	28,57 % - 6	19,05 % - 4	63,64 % - 7	27,27 % - 3	9,09 % - 1						

Примечание: Степень выраженности стратегий преодоления: низкая – Н, средняя – С, высокая – В.

Таблица 4

Балльная оценка показатели моделей поведения у мужчин и женщин, (M ± m)

Стратегии преодоления	КФ COVID-19 – инфекции										Данные авторов методики
	ИФ			ОРЗ			П				
	M, n = 34	Ж, n = 45	M, n = 46	Ж, n = 21	M, n = 26	Ж, n = 11					
Ассертивные действия	19,94 ± 2,94	19,47 ± 2,54	19,52 ± 3,55	21,9 ± 2,4	18,11 ± 1,99	16,36 ± 2,74	20,03 ± 0,45				
Ветуление в социальный контакт	22,76 ± 2,75	22,27 ± 2,34	20,98 ± 4,02	22,76 ± 3,72	19,15 ± 2,63	19,82 ± 4,93	23,25 ± 0,43				
Поиск социальной поддержки	21,97 ± 3,26	22,73 ± 3,53	19,93 ± 3,54	22,48 ± 3,98	18,62 ± 2,49	17,64 ± 5,6	22,36 ± 0,47				
Осторожные действия	21,21 ± 3,18	20,07 ± 3,27	19,48 ± 3,06	21,52 ± 3,17	19,19 ± 1,97	20,64 ± 4,33	20,65 ± 0,40				
Импulsiveвные действия	17,53 ± 3,33	17,98 ± 1,76	15,7 ± 1,91	17,48 ± 2,55	18,0 ± 1,54	16,73 ± 1,8	18,39 ± 0,40				
Избегание	15,38 ± 3,57	15,98 ± 2,95	15,87 ± 2,54	13,05 ± 3,49	17,54 ± 2,61	13,27 ± 2,3	15,65 ± 0,49				
Манипулятивные действия	16,65 ± 3,1	16,24 ± 2,88	17,74 ± 3,39	16,38 ± 4,02	18,0 ± 2,54	14,54 ± 2,59	18,89 ± 0,52				
Асоциальные действия	16,53 ± 3,59	15,06 ± 2,97	17,09 ± 3,1	14,05 ± 4,72	18,35 ± 3,16	13,45 ± 2,58	15,86 ± 0,61				
Агрессивные действия	14,09 ± 4,58	14,0 ± 3,82	15,22 ± 3,63	13,3 ± 3,97	16,85 ± 3,28	12,64 ± 2,88	16,41 ± 0,52				

Здесь важно отметить высокую общую конструктивность стратегий преодолевающего поведения (табл. 5) при различных КФ COVID-19 – инфекции у мужчин и женщин (некоторое снижение ИК при П у мужчин, возможно, связано с особенностями перенесения болезни мужчинами).

Таблица 5

Показатели общего индекса конструктивности при различных клинических формах COVID-19 – инфекции у мужчин и женщин

КФ COVID-19 – инфекции					
ИФ		ОРЗ		П	
М, n = 34	Ж, n = 45	М, n = 46	Ж, n = 21	М, n = 26	Ж, n = 11
1,4	1,4	1,34	1,7	1,1	1,4

Необходимо подчеркнуть, что в ранее проведенных исследованиях [13] было показано, что у лиц молодого возраста преобладает системная рефлексия, показатели которой сравнимы с данными тех лет, когда не было столь значимых глобальных потрясений. Это, вероятно, отражает адекватное восприятие текущей ситуации положительно мотивированными людьми молодого возраста.

Необходимо отметить различие в корреляционных связях между показателями мужчин и женщин при различных клинических формах COVID-19 – инфекции. Так, в группе «ИФ» у мужчин сильная корреляционная связь была выявлена между показателями «Вступление в социальный контакт» и «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,78$), «Манипулятивные действия» и «Асоциальные действия» ($r = 0,73$); у женщин же сильная корреляционная связь была только между показателями «Асоциальные действия» и «Агрессивные действия» ($r = 0,72$).

В группе «ОРЗ» у мужчин сильная корреляционная связь была выявлена между показателями «Вступление в социальный контакт» и «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,87$), «Вступление в социальный контакт» и «Осторожные действия» ($r = 0,82$), «Поиск социальной поддержки» и «Осторожные действия» ($r = 0,78$), «Манипулятивные действия» и «Асоциальные действия» ($r = 0,72$), «Манипулятивные действия» и «Асоциальные действия» ($r = 0,73$); у женщин же сильная корреляционная связь была между показателями «Вступление в социальный контакт» и «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,88$), «Манипулятивные действия» и «Асоциальные действия» ($r = 0,74$), «Асоциальные действия» и «Агрессивные действия» ($r = 0,77$).

В группе «П» в обеих группах, возможно, по причине выраженности соматических нарушений, отмечено большее количество случаев сильной корреляционной связи между показателями. Так, у мужчин сильная корреляционная связь была выявлена между показателями «Ассертивные действия» и «Вступление в социальный контакт» ($r = 0,83$), «Ассертивные действия» и «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,76$), «Ассертивные действия» и «Импульсивные действия» ($r = 0,88$), «Вступление в социальный контакт» и «Осторожные действия» ($r = 0,72$), «Вступление в социальный контакт» и «Импульсивные действия» ($r = 0,75$), «Избегание» и «Манипулятивные действия» ($r = 0,86$), «Избегание» и «Асоциальные действия» ($r = 0,84$), «Избегание» и «Агрессивные действия» ($r = 0,71$), «Манипулятивные действия» и «Асоциальные действия» ($r = 0,76$), «Манипулятивные действия» и «Агрессивные действия» ($r = 0,74$), «Асоциальные действия» и «Агрессивные действия» ($r = 0,85$); тогда как у женщин сильная корреляционная связь отмечена между показателями «Избегание» и «Манипулятивные действия» ($r = 0,73$), «Избегание» и «Асоциальные действия» ($r = 0,71$), «Асоциальные действия» и «Агрессивные действия» ($r = 0,74$).

Связь показателей моделей поведения в группах с различными формами перенесенной COVID-19 – инфекции (с учетом гендерного состава) изучалась с помощью многофакторного дисперсионного анализа из состава пакета прикладных программ «Statistica for Windows» (данные приведены на рисунках 1–3). Значимость различий между показателями в группах рассчитана по методике LSD (Least Significant Difference method).

Так, показано, что в обеих группах (М и Ж) основными моделями преодоления у лиц, перенесших ИФ COVID-19 – инфекции, являются: вступление в социальный контакт (на рисунке обозначен как Вст), поиск социальной поддержки (Пои), осторожные действия (Ост), ассертивные действия (Асс) ($p > 0,05$); отмечены некоторые различия между группами по показателям моделей поведения, отходящим на второй план ($p > 0,05$).

В обеих группах (М и Ж) основными моделями преодоления у лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию в форме ОРЗ, являются: поиск социальной поддержки (Пои) (достоверность различия между группами только здесь, $p < 0,05$), вступление в социальный контакт (Вст), ассертивные действия (Асс), осторожные действия (Ост); у лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию в форме П: осторожные действия (Ост), вступление в социальный контакт (Вст), поиск социальной поддержки (Пои), ассертивные действия (АД), различие между группами недостоверно ($p > 0,05$).

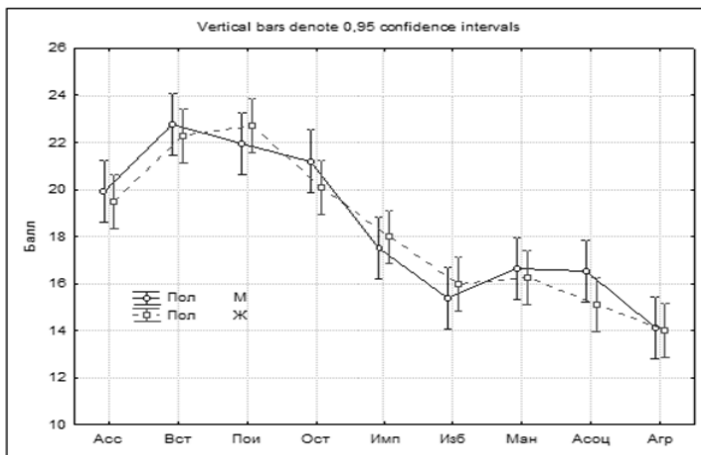


Рис. 1. Взаимосвязь и достоверность различий между показателями моделей поведения в группах лиц, перенесших инapparантную форму (ИФ) COVID-19 – инфекции

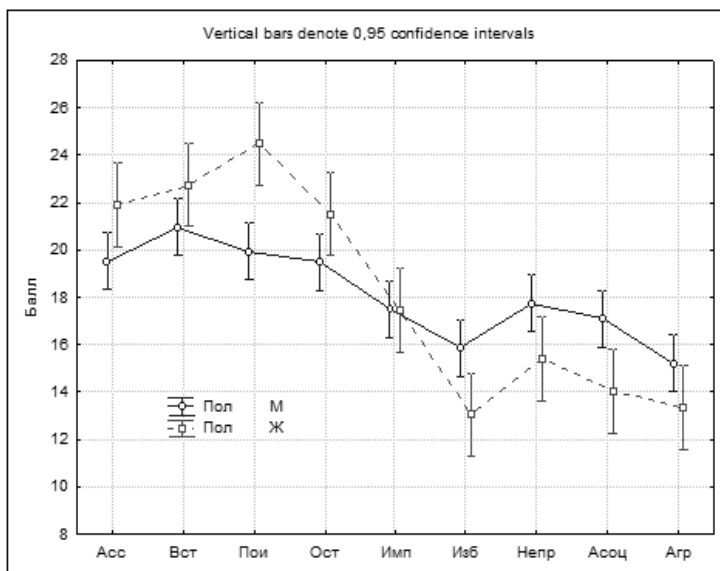


Рис. 2. Взаимосвязь и достоверность различий между показателями моделей поведения в группах лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию в форме острой респираторной вирусной инфекции (ОРЗ)

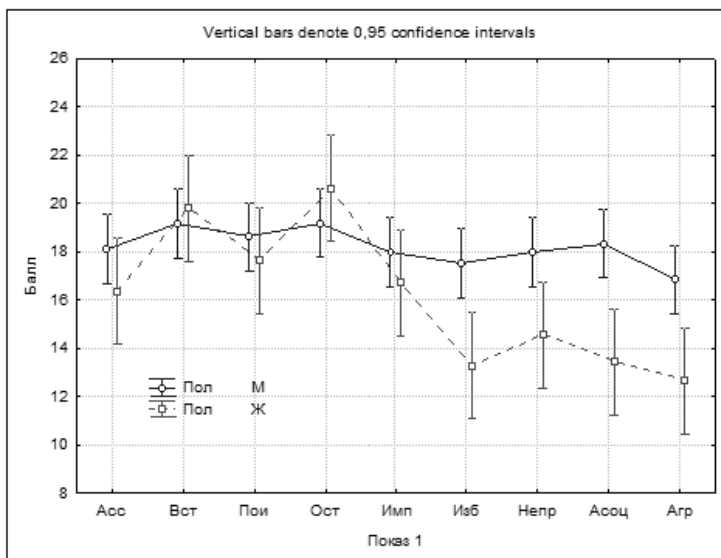


Рис. 3. Взаимосвязь и достоверность различий между показателями моделей поведения в группах лиц, перенесших COVID-19 – инфекцию в форме пневмонии без дыхательной недостаточности (П)

Уровни показателей выгорания у мужчин и женщин, перенесших COVID-19 – инфекцию, приведены в табл. 6. Отмечено, что как у мужчин, так и у женщин в группах ИФ и ОРЗ эмоциональное истощение имеет средний уровень, возрастая до высокого уровня в группе П.

Таблица 6

Уровни показателей выгорания у мужчин и женщин, перенесших COVID-19 – инфекцию, (M ± m)

КФ COVID-19	ЭИ		Дп		ПУ	
	М, n = 34	Ж, n = 45	М, n = 46	Ж, n = 21	М, n = 26	Ж, n = 11
ИФ	21,23 ± 6,5	20,6 ± 3,34	13,82 ± 3,84	13,38 ± 2,75	38,06 ± 5,87	35,0 ± 6,31
ОРЗ	23,11 ± 5,9	22,29 ± 5,88	14,85 ± 3,34	12,43 ± 2,49	33,8 ± 7,11	39,76 ± 5,01
П	26,23 ± 4,76	28,45 ± 4,79	15,77 ± 3,09	17,36 ± 3,49	30,46 ± 5,38	34,18 ± 4,56

Деперсонализация (под этим термином в данной методике подразумевается негативное, бездушное, циничное отношение к людям, когда контакты становятся обезличенными и формальными, а возникающие нега-

тивные установки могут поначалу иметь характер сдерживаемого раздражения) у мужчин и женщин при всех КФ COVID-19 – инфекции имеет высокий уровень, что, возможно, обусловлено как соматическими особенностями течения болезни, так и его социальными издержками.

Профессиональная успешность у мужчин и женщин в группах находится на низком уровне, что на фоне заболевания и нахождения в стационаре проявляется в виде снижения чувства компетентности в своей работе, чувства собственной несостоятельности, уменьшения ценности своей деятельности, негативного самоотношения в профессиональном плане, чувства вины, безразличия, при том что ранее проведенными исследованиями установлено: показатели субъективного благополучия во всех группах имели в основном средние значения [14].

Корреляционные связи между показателями выгорания при разных КФ в основном имели средний и слабый характер, как у мужчин, так и у женщин.

Заключение

Таким образом, исследование показало высокую конструктивность стратегий преодолевающего поведения при различных КФ COVID-19 – инфекции у мужчин и женщин. Установлено, что основными моделями преодоления в обеих группах являются: вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, ассертивные действия, представленные в различной иерархической последовательности при разных КФ COVID-19 – инфекции. Необходимо подчеркнуть, что возможные постковидные изменения были обусловлены именно основным заболеванием, так как преморбидные соматическая, физиологическая астения либо другие причины как следствие дисрегуляции диагностированы не были.

В ходе изучения показателей профессионального выгорания у мужчин и женщин, перенесших COVID-19 – инфекцию, обратил на себя внимание высокий уровень деперсонализации при всех КФ заболевания, а это может оказывать влияние на сохранение здоровья реконвалесцента, и такие люди, по показаниям, нуждаются в тщательном медико-психологическом сопровождении. Важно подчеркнуть, что все мероприятия реабилитации были осуществлены в том максимальном объеме, который возможен исходя из конкретных условий [10], начиная с момента госпитализации пациента в стационар, исходя из традиционных периодов реабилитации (щадящего, щадяще-тренирующего и активирующего), в результате чего группа наблюдения (реконвалесценты) в настоящее время подлежит

только диспансерному наблюдению. То есть, при необходимости психологической интервенции в процесс преодоления возможных негативных последствий послеболезных патологических стрессов, поведенческий подход позволяет более дифференцированно подойти к различиям в преодолении и к парадигмам, перспективным с точки зрения возможности решения возникающих вопросов.

Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке алгоритмов психологической поддержки и реабилитации, сохранения здоровья реконвалесцентов, планировании и осуществлении медико-психологического сопровождения.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. – 1998. – № 2. – С. 4–8.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Стратегии и модели преодолевающего поведения // *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности*. – СПб.: Речь, 2003. – С. 311–321.
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., Наследов А.Д. Стандартизированный опросник «профессиональное выгорание» для специалистов социально-экономических профессий // *Вестник СПбГУ*. – 2013. – Сер. 12. Вып. 4. – С. 17–27.
5. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021). – М.: МЗ РФ, 2021. – 336 с.
6. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс. Стресс жизни и стресс смерти. – М.: Смысл, 2012. – 464 с.
7. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // *Журн. практ. психолога*. – 2007. – № 3. – С. 93–112.
8. Лебедев А.Н. Психологическое состояние российского общества в свете макропсихологического подхода // *Вестник Пермского университета. Сер. «Философия. Психология. Социология»*. – 2018. – № 2 (34). – С. 243–25. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-243-251.
9. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А., Лебедева А.А. Специфика ресурсов и механизмов психологической устойчивости студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования // *Психол. наука и образование*. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 80–94.
10. Лобзин Ю.В. Медицинская реабилитация: перспективы системного развития и практической реализации // *Мед. академ. журн.*, 2013. – Т. 13, № 1. – С. 39–51.
11. Нестик Т.А. Влияние пандемии COVID-19 на общество: социально-психологический анализ // *Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология*. – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 47–83. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.002.

12. Совет Европы: конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. 2-е изд., доп. – СПб: Гражданский контроль, 2002. – 36 с.

13. Улюкин И.М., Пережогин С.А., Ковалишин И.М. Дифференциальные типы рефлексивности у лиц молодого возраста на фоне эпидемии COVID-19 // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 113-118. DOI: 10.17816/brmma57170.

14. Улюкин И.М., Сечин А.А., Рассохин В.В. [и др.] Психологическое благополучие у людей молодого возраста, перенесших инфекцию COVID-19 // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2021. – Т. 11. Вып. 3. – С. 222–237. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.302>.

15. Флетчер, Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.

16. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: ВМА, 2011. – 318 с.

17. Юревич А.В. Опыт эмпирической оценки психологического состояния современного российского общества (анализ данных статистики) // Психологический журнал. – 2019. – Т. 40, № 5. – С. 84–96. DOI: 10.31857/S020595920006077-0.

18. Al-Smadi A.M., Tawalbeh L.I., Gammoh O.S. [et al.]. Predictors of Coping Strategies Employed by Iraqi Refugees in Jordan // Clin. Nurs. Res. 2017. Vol. 26 (5). P. 592–607. DOI: 10.1177/1054773816664915.

19. Alzoubi F.A., Al-Smadi A.M., Gougazeh Y.M. Coping Strategies Used by Syrian Refugees in Jordan // Clin. Nurs. Res. 2019. Vol. 28 (4). P. 396–421. DOI: 10.1177/1054773817749724.

20. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. [et al.] The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020. No. 395(10227). P. 912–920. DOI: 10.1016/S0140-1673(20)30460-8.

21. Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. New York; London: The Guilford Press, 2006. 462 p.

22. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE // Internat. J. of Behavioral Medicine, 1997. Vol. 4 (1). P. 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.

23. Clipa O. Teacher Stress and Coping Strategies // 15th edition of the International Conference on Sciences of Education, Studies and Current Trends in Science of Education, ICSED 2017, 09–10.06.2017, Suceava, Romania: LUMEN Proceedings. P. 120–128.

24. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988. 33 p.

25. Gonçalves T., Lemos M.S., Canário C. Adaptation and validation of a Measure of students adaptive and maladaptive ways of coping with academic problems // J. of Psychoeducational Assessment. 2019. Vol. 37 (6). P. 782–796. DOI: 10.1177/0734282918799389.

26. Hobfoll S.E., Lerman M. Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: mothers reactions to their child's illness // Am. J. Community Psychol. 1988. Vol. 16 (4). P. 565-89. DOI: 10.1007/BF00922772.

27. Lo C.-F. Stress and Coping Strategies among University Freshmen in Hong Kong: Validation of the Coping Strategy Indicator // *Psychology*. 2017/ Vol. 8(8). P. 1254–1266. DOI: 10.4236/psych.2017.88081.
28. Maslach C., Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout // *J. of Occupational Behavior*. 1981. Vol. 2 (2). P. 99–113.
29. Modecki K.L., Zimmer-Gembeck M.J., Guerra N. Emotion Regulation, Coping, and Decision Making: Three Linked Skills for Preventing Externalizing Problems in Adolescence // *Child Dev*. 2017. Vol. 88 (2). P. 417–426. DOI: 10.1111/cdev.12734.
30. Nabavi N. Long covid: How to define it and how to manage it // *BMJ*. 2020. № 370. m3489. DOI: 10.1136/bmj.m3489.
31. Skinner E.A., Zimmer-Gembeck M.J. The Development of Coping: Stress, Neurophysiology, Social Relationships, and Resilience During Childhood and Adolescence. Springer International Publishing, 2016. 336 p.
32. Snowden F.M. *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. New Haven & London: Yale University Press, 2019. 600 p.
33. Togas C., Mavrogiorgi F., Alexias G. Examining the relationship between coping strategies, perceived social support and mental health in psychosocial and environmental problems // *Dialogues in Clin. Neuroscience & Mental Health*. 2018. Vol. 1 (3). P. 89–102. DOI: 10.26386/obrela.v1i3.96.
34. Zimmer Gembeck M.J., Webb H.J., Pepping C.A. [et al.] Review: Is Parent–Child Attachment a Correlate of Children’s Emotion Regulation and Coping? // *International Journal of Behavioral Development*. 2017. Vol. 41 (1). P. 74–93. DOI: 10.1177/0165025415618276.

Поступила 09.11.2021

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

Для цитирования. Улюкин И.М., Сечин А.А., Рассохин В.В., Григорьев С.Г., Орлова Е.С. Совладающее поведение и профессиональное выгорание у лиц молодого возраста, перенесших COVID-19 – инфекцию // *Вестник психотерапии*. 2021. № 80 (85). С. 106–127.

**COPING BEHAVIOR AND PROFESSIONAL BURN-OUT IN YOUNG PERSONS
CAME THROUGH COVID-19 INFECTION**

**Ulyukin I.M.¹, Sechin A.A.¹, Rassokhin V.V.^{2,3,4}, Grigorev S.G.¹,
Orlova E.S.¹**

¹ Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);
² Pavlov First St. Petersburg State Medical University
(Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, Russia);

³ Institute of Experimental Medicine RAS

(Akademica Pavlova Str. 12, St. Petersburg, Russia);

⁴ St. Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology
(Mira Str. 14, St. Petersburg, Russia).

✉ Igor Mikhailovich Ulyukin – PhD Med. Sci., Research Associate, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0001-8911-4458, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru;

Alexey Alexandrovich Sechin – Head of the research laboratory; Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: sechinalex@rambler.ru;

Vadim Vladimirovich Rassokhin – Dr. Med. Sci., Prof., I.P. Pavlov SPbSMU MON (Leo Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), IEM (Akademica Pavlova Str. 12, Russia, St. Petersburg, 197376, Russia), St. Petersburg Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology (Mira Str. 14, St. Petersburg, 197101, Russia), ORCID: 0000-0002-1159-0101, e-mail: ras-doc@mail.ru;

Stepan Grigorievich Grigorev – Dr. Med. Sci., Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia); ORCID 0000-0003-1095-1216; e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Elena Stanislavovna Orlova – PhD Med. Sci., Senior Research Associate, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0003-1586-6635, e-mail: oes17@yandex.ru.

Abstract. The article presents the results of studying the characteristics of coping behavior and professional burnout in young people who have undergone COVID-19 infection. We examined 183 convalescents who had had COVID-19 infection 6-8 months ago. The main clinical forms of COVID-19 in this study were inapparent form (79 people – 43.17 %), acute respiratory viral infection (67 people – 36.61 %), pneumonia without respiratory failure (37 people – 20.22 %). Diagnostics of all clinical cases of COVID-19, examination, treatment and discharge of patients from the hospital were carried out in accordance with regulatory documents. The study showed a high constructiveness of coping strategies for various clinical forms of COVID-19 infections in men and women. It was found that the main coping models in both groups are entering into social contact, seeking social support, cautious actions, assertive actions presented in a different hierarchical sequence for different clinical forms of COVID-19 infection. In the course of studying the indicators of professional burnout in men and women who have undergone COVID-19 infection, attention was drawn to the high level of depersonalization in all clinical forms of the disease. This can affect the preservation of the health of the convalescent and such people, according to indications, need careful medical and psychological support.

Keywords: young people, COVID-19 infection, pandemic, stressful situations, coping, professional burnout, emotional exhaustion, depersonalization, professional achievements, medical and psychological support.

References

1. Ababkov V.A., Perre M., Plansherel B. Sistematischeskoe issledovanie semejnogo stressa i kopinga [Systematic study of family stress and coping]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev]. 1998. N 2. Pp. 4–8. (In Russ.)
2. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnosics of stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)
3. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Strategii i modeli preodolevayushhego povedeniya [Strategies and models of overcoming behavior]. Praktikum po psihologii menedzhmenta i professionalnoj deyatelnosti [Workshop on the psychology of management and professional activity]. Sankt-Peterburg. 2003. Pp. 311–321. (In Russ.)
4. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S., Nasledov A.D. Standartizirovannyj oprosnik «professionalnoe vygoranie» dlya specialistov socionomicheskikh professij [Standardized questionnaire "professional burnout" for specialists of socioeconomic professions]. *Vestnik SPbGU* [Bulletin of St. Petersburg State University]. 2013. Vol. 12. Iss. 4. Pp. 17–27. (In Russ.)
5. Vremennye metodicheskie rekomendacii. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Versiya 13 [Interim methodological recommendations. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Version 13] (14.10.2021). Moskva. 2021. 336 p. (In Russ.)
6. Kitaev-Smyk L.A. Organizm i stress. Stress zhizni i stress smerti [Body and stress. Life stress and death stress]. Moskva. 2012. 464 p. (In Russ.)
7. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptaciya metodiki WCQ) [Questionnaire of coping methods (adaptation of the WCQ method)]. *Zhurn. prakt. Psihologa* [Zhurn. prakt. psychologist.]. 2007. N 3. Pp. 93–112. (In Russ.)
8. Lebedev A.N. Psihologicheskoe sostoyanie rossijskogo obshhestva v svete makropsixologicheskogo podhoda [The psychological state of Russian society in the light of the macropsychological approach]. *Vestnik Permskogo universiteta. Ser. «Filosofiya. Psihologiya. Sociologiya»* [Bulletin of Perm University. Ser. «Philosophy. Psychology. Sociology»]. 2018. N 2 (34). Pp. 243–25. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-243-251. (In Russ.)
9. Leontev D.A., Aleksandrova L.A., Lebedeva A.A. Specifika resursov i mexanizmov psihologicheskoy ustojchivosti studentov s OVZ v usloviyah inklyuzivnogo obrazovaniya [Specifics of resources and mechanisms of psychological stability of students with HIA in conditions of inclusive education]. *Psihol. nauka i obrazovanie* [Psychol. science and education]. 2011. Vol. 16, N 3. Pp. 80–94. (In Russ.)
10. Lobzin Yu.V. Medicinskaya rehabilitaciya: perspektivy sistemnogo razvitiya i prakticheskoy realizacii [Medical rehabilitation: prospects for systemic development and practical implementation]. *Med. akad. zhurn.* [Med. acad. journal]. 2013. Vol. 13, N 1. Pp. 39–51. (In Russ.)
11. Nestik T.A. Vliyanie pandemii COVID-19 na obshhestvo: socialno-psihologicheskij analiz [Impact of the COVID-19 pandemic on society: socio-psychological analysis]. *Institut psihologii Rossijskoj akademii nauk. Socialnaya i ekonomicheskaya psihologiya* [Institute of Psychology of the Russian Academy of

Sciences. Social and economic psychology]. 2020. Vol. 5, N 2. Pp. 47–83. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.002. (In Russ.)

12. Sovet Evropy: konvenciya o zashhite lichnosti v svyazi s avtomaticheskoy obrabotkoj personalnyh dannyh [Council of Europe: Convention on the Protection of Persons in Connection with the Automatic Processing of Personal Data]. Sankt-Peterburg. 2002. 36 p. (In Russ.)

13. Ulyukin I.M., Perezhogin S.A., Kovalishin I.M. Differentsialnye tipy reflektivnosti u licz molodogo vozrasta na fone epidemii COVID-19 [Differential types of reflexivity in young people against the background of the COVID-19 epidemic]. *Vestnik Rossijskoj Voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2021. Vol. 23, N 2. Pp. 113–118. DOI: 10.17816/brmma57170. (In Russ.)

14. Ulyukin I.M., Sechin A.A., Rassohin V.V. [et al.] Psihologicheskoe blagopoluchie u lyudej molodogo vozrasta, perenessih infekciyu COVID-19 [Psychological well-being in young people who underwent COVID-19 infection]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologiya* [Bulletin of St. Petersburg University. Psychology]. 2021. Vol. 11. Iss. 3. Pp. 222–237. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.302>. (In Russ.)

15. Fletcher, R., Fletcher S., Vagner E. Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatelnoj mediciny [Clinical epidemiology. Foundations of evidence-based medicine]. Moskva. 1998. 352 p. (In Russ.)

16. Yunkerov V.I., Grigorev S.G., Rezvancev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannyh medicinskih issledovanij [Mathematical and statistical processing of medical research data]. Sankt-Peterburg. 2011. 318 p. (In Russ.)

17. Yurevich A.V. Opyt empiricheskoy ocenki psihologicheskogo sostoyaniya sovremennogo rossijskogo obshhestva (analiz dannyh statistiki) [Experience of empirical assessment of the psychological state of modern Russian society (analysis of statistics data)]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological journal]. 2019. Vol. 40, N 5. Pp. 84–96. DOI: 10.31857/S020595920006077-0 (In Russ.)

18. Al-Smadi A.M., Tawalbeh L.I., Gammoh O.S. [et al.]. Predictors of Coping Strategies Employed by Iraqi Refugees in Jordan. *Clin. Nurs. Res.* 2017. Vol. 26 (5). Pp. 592–607. DOI: 10.1177/1054773816664915.

19. Alzoubi F.A., Al-Smadi A.M., Gougazeh Y.M. Coping Strategies Used by Syrian Refugees in Jordan. *Clin. Nurs. Res.* 2019. Vol. 28 (4). Pp. 396–421. DOI: 10.1177/1054773817749724.

20. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. [et al.]. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020. N 395 (10227). P. 912–920. DOI: 10.1016/S0140-16736(20)30460-8.

21. Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. New York; London: The Guilford Press, 2006. 462 p.

22. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *Internat. J. of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4 (1). Pp. 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.

23. Clipa O. Teacher Stress and Coping Strategies // 15th edition of the International Conference on Sciences of Education, Studies and Current Trends in Science of Education, ICSED 2017, 09–10.06.2017, Suceava, Romania: LUMEN Proceedings. Pp. 120–128.

24. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988. 33 p.
25. Gonçalves T., Lemos M.S., Canário C. Adaptation and validation of a Measure of students adaptive and maladaptive ways of coping with academic problems. *J. of Psychoeducational Assessment*. 2019. Vol. 37 (6). Pp. 782–796. DOI: 10.1177/0734282918799389
26. Hobfoll S.E., Lerman M. Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: mothers reactions to their child's illness // *Am. J. Community Psychol.* 1988. Vol. 16 (4). P. 565-89. DOI: 10.1007/BF00922772.
27. Lo C.-F. Stress and Coping Strategies among University Freshmen in Hong Kong: Validation of the Coping Strategy Indicator. *Psychology*. 2017. Vol. 8(8). Pp. 1254–1266. DOI: 10.4236/psych.2017.88081.
28. Maslach C., Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *J. of Occupational Behavior*. 1981. Vol. 2(2). P. 99–113.
29. Modecki K.L., Zimmer-Gembeck M.J., Guerra N. Emotion Regulation, Coping, and Decision Making: Three Linked Skills for Preventing Externalizing Problems in Adolescence. *Child Dev.* 2017. Vol. 88 (2). Pp. 417–426. DOI: 10.1111/cdev.12734.
30. Nabavi N. Long covid: How to define it and how to manage it. *BMJ*. 2020. № 370. m3489. DOI: 10.1136/bmj.m3489.
31. Skinner E.A., Zimmer-Gembeck M.J. The Development of Coping: Stress, Neurophysiology, Social Relationships, and Resilience During Childhood and Adolescence. Springer International Publishing, 2016. 336 p.
32. Snowden F.M. *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. New Haven & London: Yale University Press, 2019. 600 p.
33. Togas C., Mavrogiorgi F., Alexias G. Examining the relationship between coping strategies, perceived social support and mental health in psychosocial and environmental problems. *Dialogues in Clin. Neuroscience & Mental Health*. 2018. Vol. 1 (3). Pp. 89–102. DOI: 10.26386/obrela.v1i3.96.
34. Zimmer Gembeck M.J., Webb H.J., Pepping C.A. [et al.]. Review: Is Parent–Child Attachment a Correlate of Children’s Emotion Regulation and Coping? *International Journal of Behavioral Development*. 2017. Vol. 41 (1). Pp. 74–93. DOI: 10.1177/0165025415618276.

Received 09.11.2021

For citing. Ulyukin I.M., Sechin A.A., Rassokhin V.V., Grigorev S.G., Orlova E.S. Sovladayushshee povedenie i professionalnoe vygoranie u licz molodogo vozrasta, perenessih COVID-19–infekciyu. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 106–127. **(In Russ.)**

Ulyukin I.M., Sechin A.A., Rassokhin V.V., Grigorev S.G., Orlova E.S. Coping behavior and professional burn-out in young persons came through COVID-19 infection. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 85. Pp. 106–127.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

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 данной статье рассмотрен концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности, включая обоснование ее актуальности, методологические основания построения концепции, с приведением принципов, структурно-функциональную модель. Данная модель системно обобщает многокомпонентную структуру, функции, свойства и механизмы формирования реабилитационной приверженности личности. Модель обладает прогностико-диагностическим свойством и имеет прикладное значение для медико-социальной экспертизы и эффективной реализации реабилитационного процесса, в ходе которых необходимо учитывать специфику личностных механизмов, влияющих на формирование реабилитационной приверженности пациента, своевременно выявлять личностные риски дезадаптации для их последующей коррекции.

Ключевые слова: реабилитационная приверженность, психологическая реабилитация, социальное функционирование, комплексная реабилитация, личностные риски дезадаптации.

Введение

Актуальность разработки проблемы реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, обусловлена ростом инвалидности вследствие ведущих инвалидизирующих патологий не только в России, но и во всем мире [2], а также ря-

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук, рук. науч.-метод. центра по комплексной реабилитации; зам. рук. Федер. центра науч.-метод. и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федер. 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, заслуженный врач России, 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.

дом противоречий, детерминирующих актуальность ее разработки, которые можно классифицировать следующим образом.

Теоретико-методологические противоречия обусловлены, с одной стороны, декларируемой повесткой государственной социальной политики о необходимости снижения, профилактики инвалидности и совершенствования системы комплексной реабилитации [15], с другой стороны, слабой научной проработкой на данный момент проблемы личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, что требует дальнейших исследований и выявления психологических детерминант направленности личности на реабилитацию, реализуемую как в сфере охраны здоровья граждан, так и в сфере социальной защиты инвалидов [12, 13].

Нормативно-правовые противоречия обусловлены абстрактным определением в нормативно-правовой документации критерия «личностные особенности» [11] и отсутствием конкретных указаний личностных характеристик, без ясности понимания на практике, какие именно «особенности» личности важны для целей ее эффективной реабилитации. Данный аспект также парадоксален с учетом широко внедряемой в реабилитационную практику Международной классификации функционирования [1, 6], которая позволяет учитывать различные компоненты функционирования человека, включая показатели структур, функций и систем организма, средовых факторов, деятельностных характеристик человека: «активность и участие», а также фактор личности. При этом психологические характеристики личностного фактора, непосредственно определяющие личностную активность и участие, по существу в данной классификации не раскрыты и ограничиваются лишь персональными данными о человеке (пол, возраст и др.), не в полной мере отражающими личностные свойства в психологическом смысле.

Практико-методические противоречия обусловлены отсутствием методических средств, позволяющих оперативно оценить для целей медико-социальной экспертизы и реабилитации приверженность больного к реабилитационному процессу, включая не только направленность личности на здоровьесберегающую деятельность, но и ее активность и участие в социальном функционировании. Данные компоненты по сути отражают личностный ресурс (т.е. личностный реабилитационный потенциал), обеспечивающий адаптацию и интеграцию личности в социум. При этом в ходе медико-социальной экспертизы для инвалида разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПРА) [8, 14], в которую, на основании оценки медико-социальных и социально-психологических факторов и

уровня реабилитационного потенциала, служба медико-социальной экспертизы вносит рекомендации о нуждаемости в основных направлениях реабилитации для дальнейшей реализации соответствующих реабилитационных мероприятий.

Организационно-межведомственные противоречия связаны с острой потребностью в своевременном предупреждении и профилактике социальной дезадаптации больных на самом начальном этапе заболевания, при отсутствии научно обоснованных практических рекомендаций, позволяющих эффективно реализовывать реабилитационные мероприятия посредством раннего выявления личностных рисков дезадаптации, их своевременной профилактики и коррекции у больных на всех этапах заболевания (начиная с «дебюта» заболевания в сфере здравоохранения до определения группы инвалидности, на этапе медико-социальной экспертизы и в процессе пребывания больного в статусе «инвалид», а также – что особенно важно – на этапе снятия с больного инвалидности).

Кроме сложившихся противоречий, предпосылками постановки проблемы реабилитационной приверженности личности стали объективные адаптационные сложности, возникающие у больных. Так, больному, даже при условии функциональной компенсации, на протяжении всей жизни необходимо целенаправленно решать ряд медико-социальных задач, не ограничивающихся выполнением лечебных процедур и подразумевающих активность и участие в социальной жизни. Данные задачи подразумевают включенность личности в деятельность по бытовой адаптации и жизнеустройству, преодолению средовых барьеров, организации трудоустройства и (или) образования, межличностной и социокультурной самореализации, что требует личностной направленности пациента на реализацию данной деятельности.

Постановка проблемы и основные концептуальные положения

Данные противоречия и объективные медико-социальные сложности, возникающие у больных на различных этапах инвалидизирующего заболевания, порождают существенные организационно-методические трудности в реализации психологического аспекта реабилитации как в сфере охраны здоровья граждан, так и в социальной сфере и служат основанием для постановки проблемы реабилитационной приверженности и разработки системной психологической концепции, обобщающей различные аспекты данной проблематики.

В формировании и разработке концепции о реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания значительную роль играет теоретическое осмысление существующих на данный момент исследований по теме приверженности больных к лечению, в которых данная проблема преимущественно изучается в ракурсе соблюдения больными предписаний врачей в отношении выполнения лечебных рекомендаций (т.е. комплаенса), а также изменения образа жизни [3, 5]. Однако, современное позиционирование задач реабилитации как комплекса мероприятий медико-социального характера подразумевает более широкий взгляд на проблему приверженности с учетом психологической направленности больных на социальное восстановление. Исходя из данной парадигмы, феномен «реабилитационная приверженность личности» необходимо концептуализировать с учетом основной цели реабилитации – социальной адаптации и социальной интеграции личности [13], достижение которой возможно лишь посредством активного участия самого пациента в социальном восстановлении.

Термин «реабилитационная приверженность личности» понимается нами как интегративное свойство личности, производное от свойственных человеку качеств и особенностей, отражающее 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).

Целью концепции является формирование методологической основы, раскрывающей феномен реабилитационной приверженности, и разработка организационно-методических (прикладных) научно обоснованных подходов, ориентирующих специалистов в оценке личностных рисков дезадаптации для эффективной реализации реабилитационного процесса личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

Логика разработки концепции, раскрывающей проблему реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, предполагает формулировку основных концептуальных принципов ее построения и содержания. Данная концепция разработана с учетом следующих принципов.

1. ***Принцип структурно-функциональной организации*** феномена реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, отражающий структуру, компоненты и этапы его формирования посредством различных психологических,

функциональных и дисфункциональных, механизмов саморегуляции активности субъекта в диапазоне (адаптация – дезадаптация).

2. **Принцип личностного детерминизма**, раскрывающий природу возникновения интегративно-преодолевающего личностного свойства – реабилитационной приверженности как производной от присущих человеку индивидуальных особенностей и качеств, характеризующих его личностные ресурсы (т.е. личностный реабилитационный потенциал, формирующийся в ответ на «вызов» инвалидизирующей болезни на протяжении всей жизни).

3. **Принцип активности и участия личности в реабилитации**, обосновывающий ее эффективность вовлеченностью больного в социальное функционирование и здоровьесберегающую деятельность посредством регуляторной активности субъекта на всех этапах инвалидизирующего заболевания.

4. **Принцип объективизации реабилитационной приверженности личности**, обосновывающий необходимость ее квалитетической оценки и предполагающий разработку опросника оценки данного психологического феномена (включая уровень его сформированности), отвечающего требованиям надежности и валидности.

5. **Принцип формирующего воздействия**, подразумевающего разработку и апробацию технологий реабилитационных вмешательств посредством эмпирически обоснованных стратегий повышения реабилитационной приверженности личности для включения в целевые программы реабилитации пациентов ведущих инвалидизирующих патологий, для своевременной оценки и коррекции личностных рисков дезадаптации на различных этапах инвалидизирующего заболевания.

Концептуализация феномена реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания с позиции задач комплексной реабилитации, в том числе охватывающей вопросы социальной адаптации и интеграции личности, подразумевает формулировку ведущей идеи концепта. Основная идея концепции состоит в том, что реабилитационная приверженность является системным конструктом и интегративно-преодолевающим личностным свойством, которое непосредственно влияет на социальную адаптацию и интеграцию личности и формируется в соответствии с имеющимися у человека психологическими ресурсами в ответ на «вызов» инвалидизирующего заболевания. Данная идея положена в основу построения концептуальной модели (рис.1), объясняющей структурно-функциональную организацию разноуровневой многокомпонентной

структуры: медико-социальных, клинико-демографических и психологических компонентов и их вклада в развитие и формирование феномена реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, в разрезе задачи социальной адаптации и интеграции личности в социум. Ядро модели составляет социально-психологический уровень, наглядно отражающий вклад психологических компонентов в формирование и развитие реабилитационной приверженности личности, ее реабилитационного потенциала и личностных рисков дезадаптации.

Специфика формирования психологических механизмов, детерминирующих уровень реабилитационной приверженности личности в соотношении с уровнем реабилитационного потенциала, подробно обсуждалась в другой статье [10].

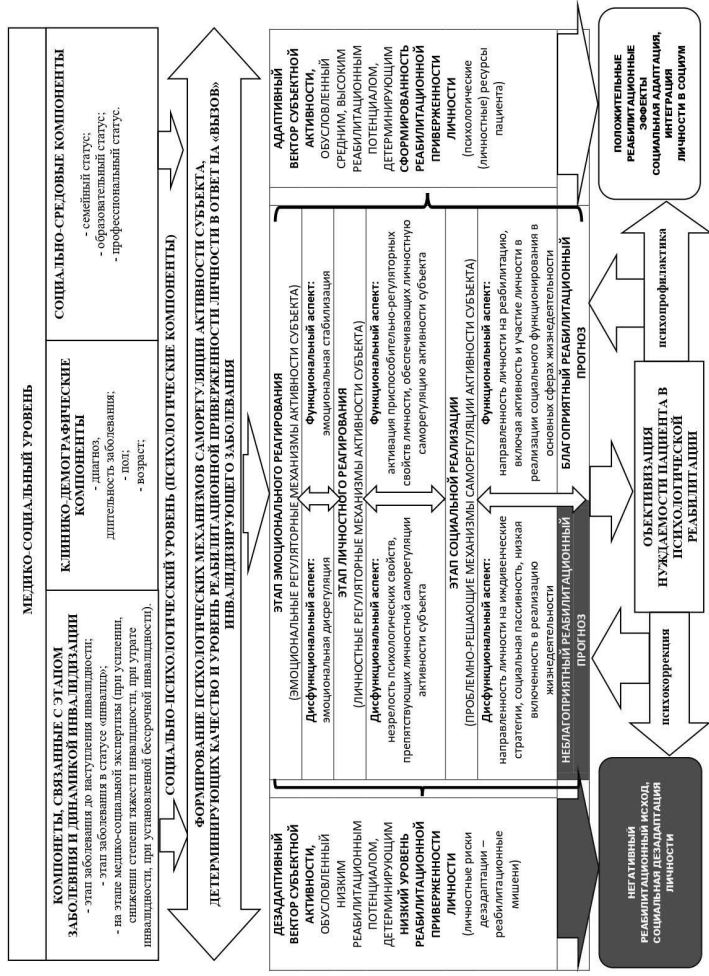


Рис. 1. Модель структурно-функциональной организации реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидирующего заболевания (уровни и взаимосвязи различных компонентов, детерминирующих сформированность реабилитационной приверженности и личностные риски дезадаптации)

В данной статье кратко обобщим основные идеи о структурно-функциональной организации психологических компонентов, отражающих формирование эмоционально-личностных механизмов, влияющих на уровень реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания.

Для концептуализации идеи системного влияния психологических характеристик на формирование интегративно-преодолевающего свойства – реабилитационной приверженности личности – рассмотрим этапную динамику и организацию структуры взаимосвязей эмоционально-личностных механизмов, детерминирующих различное качество активности субъекта с позиций ее функциональности и дисфункциональности, представленную на схеме (рис. 2).

В.П. Зинченко, характеризуя функциональность человека, определил ее следующим образом: «...функциональное состояние – это интегральная характеристика наличных свойств, качеств человека, определяющих эффективность его деятельности...» [4]. Данный подход вполне соотносится с проблемой реабилитационной приверженности личности, которая на всем протяжении инвалидизирующего заболевания должна быть направлена на реализацию социального функционирования в жизнедеятельности, включая целенаправленную активность в восстановлении различных социальных статусов личности.

Реализация больным реабилитационных задач осуществляется за счет всех уровней психики, включая ее когнитивные, эмоционально-волевые и личностно-мотивационные компоненты, регуляторные характеристики которых обеспечивают ее функциональность. Низкая регуляторная способность психологических компонентов не обеспечивает функциональную активность субъекта и, соответственно, является дисфункциональной. Различные функциональные либо дисфункциональные сочетания психологических компонентов, представленных на схеме, определяют этапность формирования регуляторной активности субъекта, посредством которой реализуется системно-уровневая адаптационная динамика (вектор субъектной активности).

Функциональные аспекты психологических компонентов составляют личностный ресурс пациента (так называемый реабилитационный потенциал), который оценивается на этапе медико-социальной экспертизы и также важен на этапе планирования реабилитационных мероприятий. В методологии медико-социальной экспертизы принята следующая градация реабилитационного потенциала: низкий, удовлетворительный (средний) и

высокий реабилитационный потенциал. Реабилитационный потенциал соотносится с уровнем реабилитационного прогноза: неблагоприятный, неопределенный, благоприятный реабилитационный прогноз [16].

Дисфункциональные аспекты определяют дезадаптивный вектор субъектной активности и личностные риски дезадаптации, приводящие к социальной дезинтеграции. Данные психологические характеристики являются реабилитационными «мишенями», оценка которых на самых ранних этапах заболевания поможет избежать рисков дезадаптации.

Психическая саморегуляция активности субъекта формируется этапно и всегда начинается с эмоционального реагирования личности (см. рис. 2, этап I), что служит отправной точкой в развитии формирования цикла регуляторной активности субъекта.

В процессе адаптации к заболеванию все пациенты в той или иной степени испытывают спектр негативных переживаний, связанных с различного рода ограничениями как функционального (психофизиологического), так и социального характера. В связи с этим на схеме этап эмоционального реагирования тесно взаимосвязан с состоянием, определяемым как «дезадаптация».

Данная ситуация особенно обостряется при отсутствии у личности психологического ресурса. В случае неспособности личности к преодолению возникшего эмоционального напряжения посредством когнитивной переработки, включения компонентов самосознания, адаптивных копингов, смыслов, планов возникает кризис. Реабилитационная приверженность личности не формируется, больной «уходит» в переживания, что задает «дезадаптивный» вектор субъектной активности ввиду отсутствия регуляторных психологических механизмов, способных обеспечить психическую стабилизацию для перехода (трансформации) к более зрелой личностной переработке ситуации. Данная конфигурация психологических характеристик, проявляющихся посредством эмоциональных механизмов реагирования, отражает низкий реабилитационный потенциал и личностные риски дезадаптации, блокируя формирование функциональной активности субъекта. При этом эмоциональное реагирование является отправной точкой, чрезвычайно важной для последующей личностной трансформации и перехода от эмоциональных механизмов приспособления к непосредственно личностным.

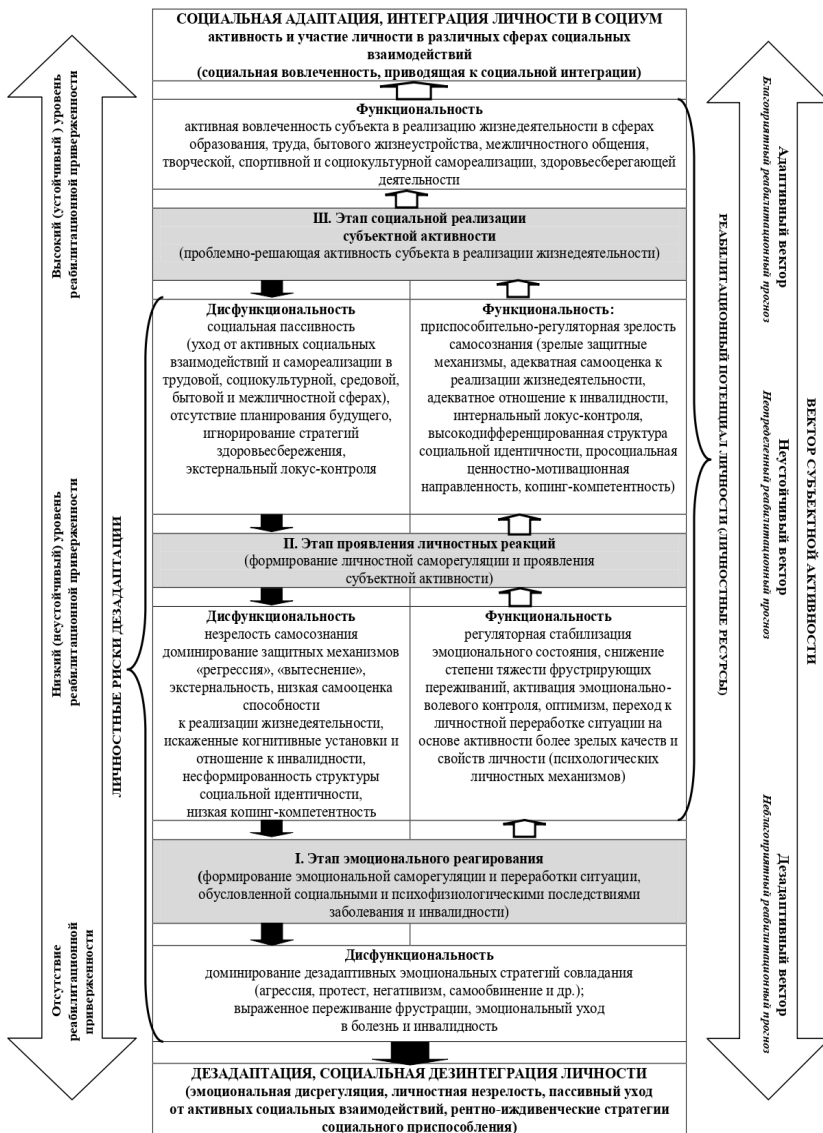


Рис. 2. Динамика формирования функциональных и дисфункциональных психологических механизмов, детерминирующих уровень реабилитационной приверженности личности в соотношении с уровнем реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза [10]

Ключевым для перехода на следующий этап является регуляторная способность психики больного самостоятельно или в ходе психологического воздействия стабилизироваться эмоционально для дальнейшего включения в реализацию реабилитационной деятельности. Именно в «стабилизации» и последующей регуляции психической деятельности заключается функция эмоционального этапа.

После неизбежного доминирования эмоциональных переживаний (при наличии личностного ресурса) активируется деятельность различных компонентов самосознания. Психика начинает функционировать за счет включения более зрелых личностных механизмов: защитных механизмов личности, когнитивного самовоздействия, идентичности, самооценки, ценностно-смысловых ориентаций, опосредующих реализацию планов на будущее, включения тех или иных совладающих стратегий в зависимости от сформированности личностной копинг-компетентности и др. (см. рис. 2, этап II). Данные личностные механизмы более устойчивы и эффективны, чем эмоциональные, из-за тесной связи с предыдущим опытом жизни человека (что и определяет их как личностный потенциал). Активация компонентов самосознания реализует «приспособительно-регуляторную» функцию этапа личностного реагирования. Качественная характеристика субъектной активности на этом этапе может соответствовать уровню реабилитационного потенциала личности от низкого до среднего (удовлетворительного) в зависимости от степени зрелости формирующих ее психологических свойств.

Далее, на этапе социальной реализации накопленного личностного потенциала, окончательно оформляется и проявляется психологическое свойство – реабилитационная приверженность как активная вовлеченность субъекта в реализацию жизнедеятельности, отражающая участие личности в социальном восстановлении (см. рис. 2, этап III). Так завершается цикл регуляторной субъектной активности в ее адаптивном варианте, выполняя «проблемно-решающую» функцию на основе имеющихся личностных ресурсов. Либо в результате эмоционально-личностной дефицитарности предыдущих этапов реализуется дисфункциональное социальное поведение в виде пассивности, ухода от активных социальных взаимодействий, иждивенческих стратегий приспособления и др.

Таким образом, реализуемая на всех этапах активность эмоционально-личностных компонентов психики, характеризующая высокий реабилитационный потенциал личности, этапно аккумулируется, выполняя свои функции и детерминируя адаптивный характер социального поведения,

соответствующий сформированной реабилитационной приверженности, в целом способствуя социальной адаптации и интеграции личности. Доминирование низкорегуляторных (дисфункциональных) эмоционально-личностных компонентов детерминирует личностные риски социальной дезадаптации и дезинтеграции личности.

Заключение

В заключении отметим, что разрабатываемая концепция о реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания обобщает методологические и прикладные аспекты, включая методологическую основу, принципы, структурно-функциональную модель и организационно-методические подходы, применимые к сфере здравоохранения, социальной защиты и медико-социальной экспертизы.

Теоретическая значимость обсуждаемой в данной статье структурно-функциональной модели заключается в систематизации медико-социальных и психологических компонентов, детерминирующих различный уровень реабилитационной приверженности личности, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз. Особое прикладное значение структурно-функциональной модели состоит в ее прогностическом потенциале. Разработанная модель позволяет проследить динамику компонентных взаимосвязей с учетом функциональности и дисфункциональности регуляторной активности субъекта. Данный подход, с позиций оценки рисков личностной дезадаптации, позволяет в каждый конкретный момент выявлять специфику комбинаторности эмоционально-личностных характеристик, составляющих на каждом этапе определенную психологическую функциональность либо дисфункциональность, соотносящуюся с различной векторной направленностью активности субъекта (адаптивной либо дезадаптивной). Своевременно выявленные личностные риски дезадаптации позволят предотвращать социально-психологическую дезадаптацию больных, определяя реабилитационные мишени для активации реабилитационного потенциала в ходе реализации психологических мероприятий на всех этапах заболевания.

Данная структурно-функциональная модель эмпирически обоснована результатами, полученными в ходе исследования личности пациентов ведущих инвалидизирующих патологий, которое выявило существенные различия психологических особенностей у пациентов с различным уровнем сформированности реабилитационной приверженности личности, что значимо в практико-эмпирическом плане [9].

Также модель позволяет обосновать основные положения концепции реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, не только теоретически дополняющие область медицинской психологии как научной отрасли, но и имеющие важное прикладное значение, а именно:

- методическое обоснование дополнения классификаций оценки инвалидности по критерию «личностные особенности» с указанием конкретных психологических компонентов, детерминирующих уровень реабилитационного потенциала и прогноза, что значимо для последующей реабилитации больных;

- психологические основания для объективизации нужды больных в мероприятиях психологической реабилитации, в том числе при разработке ИПРА инвалида;

- обоснование актуальности разработки опросника, измеряющего уровень и структуру реабилитационной приверженности больных в условиях инвалидизирующего заболевания, отвечающего требованиям надежности и валидности, для своевременного выявления личностных рисков дезадаптации [7];

- разработка научно обоснованных реабилитационных подходов и применение целевых реабилитационных стратегий к больным на различных этапах инвалидизирующего заболевания, с учетом различных целей и задач каждого этапа.

Литература

1. Дымочка М.А. Справочник по применению классификаций и критериев при проведении медико-социальной экспертизы с учетом международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья: методическое пособие. – М., 2012. – 346 с.

2. Дымочка М.А., Красновская Е.С., Веригина Н.Б. Показатели инвалидности у взрослого населения Российской Федерации за период 2017–2019 гг. (информационно-аналитический материал) // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. – № 2. – С. 7–26.

3. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.

4. Зинченко В.П., Мунипов В.М. Основы эргономики. Учебное пособие для университетов по специальности «Психология». – М.: Изд-во Московского университета, 1979. – 344 с.

5. 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.

6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия). Под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. – СПб.: СПбИУВЭК, 2003. – 342 с.

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

8. Морозова Е.В., Жукова Е.В. Понятие «Реабилитационный потенциал» в нормативно-правовых документах и научно-методической литературе // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – № 3. – С. 59–64.

9. Морозова Е.В., Бонкало Т.И., Бонкало С.В., Шмелева С.В. Особенности реабилитационной активности больных ведущих инвалидизирующих патологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 52. – С. 1101–1107.

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. 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] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

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] <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 15.09.2021).

14. Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и их форм. Приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 13.06.2017 № 486н. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

15. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2025 гг. (Подпрограмма 2. «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов»). Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

16. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. [и др.] Основы медико-социальной экспертизы. – М.: Медицина, 2005. – С. 277–353.

Поступила 10.11.2021

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

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 128–144.

**CONCEPTUAL APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF THE PROBLEM
OF REHABILITATION COMMITMENT OF THE INDIVIDUAL IN THE CONDITIONS
OF A DISABLING DISEASE**

Morozova E.V.¹, Aleksanin S.S.²

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

² Nikiforov 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 FSBI FB MSE Ministry of Labor of Russia (Ivan Susanin str., 3, Moscow, 127486, Russia), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr Med. Sci., Prof., honored doctor of Russia Federation, 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. This article considers a conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual, including the justification of its relevance, methodological foundations for the construction of the concept, with the introduction of principles, structural and functional model. This model systematically generalizes the multicomponent structure, functions, properties and mechanisms of formation of rehabilitation commitment of the individual. The model has a predictive and diagnostic property that is of practical importance for the purposes of medical and social expertise and the effective implementation of the rehabilitation process of patients and the disabled during which it is necessary to take into account the specifics of personal mechanisms affecting the formation of the patient's rehabilitation commitment, timely identify personal risks of maladaptation for their subsequent correction.

Keywords: rehabilitation commitment, psychological rehabilitation, social functioning, complex rehabilitation, personal risks of maladaptation.

References

1. Dymochka M.A. Spravochnik po primeniyu klassifikacij i kriteriev pri provedenii mediko-socialnoj ekspertizy s uchetom mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya ogranichenij zhiznedeyatelnosti i zdorovya [Handbook on the application of classifications and criteria in medical and social examination, taking into account the international classification of the functioning of restrictions on life and health]. Moskva. 2012. 346 p. (In Russ.)
2. Dymochka M.A., Krasnovskaya E.S., Verigina N.B. Pokazateli invalidnosti u vzroslogo naseleniya Rossijskoj Federacii za period 2017–2019 gg. (informacionno-analiticheskij material) [Disability indicators in the adult population of the Russian Federation for the period 2017–2019 (information and analytical material)]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 2. Pp. 7–26. (In Russ.)
3. Elfimova E.V., Elfimov M.A. Lichnost i bolezni: «vnutrennyaya kartina bolezni», kachestvo zhizni i priverzhennost [Personality and illness: «internal picture of the disease», quality of life and commitment]. *Zamestitel glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician]. 2009. N 11. Pp. 18–25. (In Russ.)
4. Zinchenko V.P., Munipov V.M. Osnovy ergonomiki. Uchebnoe posobie dlya universitetov po specialnosti «Psikhologiya» [Fundamentals of ergonomics. A textbook for universities specializing in psychology]. Moskva. 1979. 344 p. (In Russ.)
5. 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 Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3). Pp. 1014–1020. (In Russ.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatelnosti i zdorovya [International classification of functioning, limitations of life and health]. Ed. : G.D. Shostka, M.V. Korobova, A.V. Shabrova. Sankt-Peterburg. 2003. 342 p. (In Russ.)
7. 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.)
8. Morozova E.V., Zhukova E.V. Ponyatie «Reabilitacionnyj potencial» v normativno-pravovyh dokumentah i nauchno-metodicheskoy literature [The concept of «Rehabilitation potential» in regulatory documents and scientific and methodological literature]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 3. Pp. 59–64. (In Russ.)
9. Morozova E.V., Bonkalo T.I., Bonkalo S.V., Shmeleva S.V. Osobennosti reabilitacionnoj aktivnosti bolnyh vedushhij invalidiziruyushhij patologij [Features of rehabilitation activity of patients with leading disabling pathologies]. *Problemy socialnoj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. 2020. N 52. Pp. 1101–1107. (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 commit-

ment to the rehabilitation process]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2021. N 3. Pp. 66–74. (In Russ.)

11. 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. 08.12.2020) <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

12. Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v Rossijskoj Federacii [On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation]. Federalnyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

13. 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. 08.12.2020). <http://www.consultant.ru> (15.09.2021). (In Russ.)

14. Ob utverzhenii poryadka razrabotki i realizacii individualnoj programmy reabilitacii ili abilitacii invalida, individualnoj programmy reabilitacii i abilitacii rebenka-invalida, vydavaemyh federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy i ih form [On approval of the procedure for the development and implementation of an individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person, an individual rehabilitation and habilitation program for a disabled child issued by federal state institutions of medical and social expertise and their forms]. Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashhity rossijskoj federacii ot 13.06.2017 № 486n. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

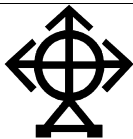
15. Ob utverzhenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Dostupnaya sreda» na 2011–2025 gg. (Podprogramma 2. «Sovershenstvovanie sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov») [On approval of the state program of the Russian Federation «Accessible Environment» for 2011–2025 (Subprogramme 2. «Improvement of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities»)]. Postanovlenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 29.03.2019 № 363. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

16. Osadchih A.I., Puzin S.N., Lavrova D.I. [et al.] *Osnovy mediko-socialnoj ekspertizy* [Fundamentals of medical and social expertise]. Moskva. 2005. Pp. 277–353. (In Russ.)

Received 10.11.2021

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Konceptualnyj podhod k razrabotke problemy reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti v usloviyah invalidiziruyushhego zabolevaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 128–144. (In Russ.)

Morozova E.V., Aleksanin S.S. Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in the conditions of a disabling disease. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 128–144.



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: 3.1.17 – Психиатрия и наркология (медицинские науки), 3.2.5 – Медицинская психология (медицинские науки), 5.3.6 – Клиническая психология (медицинские науки), 5.3.6 – Клиническая психология (психологические науки). Основание: Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24.02.2021 № 118 «Об утверждении номенклатуры научных специальностей по которым присуждаются ученые степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденное приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10 ноября 2017 г. № 1093».

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. Англоязычное 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 заголовок 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: rvikigina@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 20.12.2021. Печать –
цифровая. Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆.

Тираж 500 экз. Объем 9,25 п. л. Заказ 49315.