

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 47 (52)**

Санкт-Петербург  
2013

## **Редакционная коллегия**

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);  
Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург);  
В.Ю. РЫБНИКОВ (Санкт-Петербург)

## **Редакционный совет**

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЫШЕВ (Санкт-Петербург); Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург); И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург); Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург); М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург); В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2013
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2013

**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 47 (52)**

St. Petersburg  
2013

## **Editorial Board**

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg);  
R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg);  
V.YU. RYBNIKOV (St. Petersburg)

## **Editorial Council**

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. ALEKSANDROV (St. Petersburg);  
G.V. AKHMETZHANOVA (Togliatti); R.M. GRANOVSKAYA (St.  
Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERY SHEV (St.  
Petersburg); B.D. KARVASARSKY (St. Petersburg); V.I. KURPATO V (St.  
Petersburg); I.B. LEBEDEV (Moscow); S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg);  
N.G. NEZNANOV (St. Petersburg); G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg);  
M.M. RESHETNIKOV (St. Petersburg); V.K. SHAMREY (St. Petersburg)

### **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation Medi-  
cine, EMERCOM of Russia, 2013

© International Institute of Human Potential Abilities, 2013

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Лифинцева А.А.</i>	
К проблеме терапевтического альянса в детской и подростковой психотерапии	7
<i>Матрусов С.Г., Федотчев А.И.</i>	
Коррекция психогенных функциональных расстройств музыкальными воздействиями, управляемыми ЭЭГ-осцилляторами пациента	15
<i>Старостин О.А.</i>	
Холистический подход в диагностике и психотерапии соматоформных расстройств	23
<i>Полторак С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В.</i>	
Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков	29

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Антоненко А.А.</i>	
Особенности клинических проявлений Интернет-зависимого поведения у подростков с различными типами деятельности в сети	38
<i>Евдокимов В.И., Мухина Н.А., Натарова А.А.</i>	
Профессиональное выгорание у среднего медицинского персонала по данным зарубежных публикаций (1993–2012 гг.)	47
<i>Рыбников В.Ю., Защиринская О.В.</i>	
Феноменология возрастных закономерностей нарушения общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью	71
<i>Тикноте Г., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С., Мизерене Р.</i>	
Структура и уровень мотивации на лечение больных алкоголизмом	86

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Алехин А.Н., Королева Н.Н., Литвиненко О.А.</i>	
Ценностно-смысловые ориентации подростков в различные периоды новейшей истории России	98
<i>Белых Т.В.</i>	
Культура безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях: определение понятия, структурно-функциональная модель, основные принципы	114
<i>Улюкин И.М., Остроумов И.Н., Болехан В.Н.</i>	
Смысложизненные установки и самоотношение у студентов первого курса педагогического университета	122
Рефераты	134
Сведения об авторах	145
Памяти коллеги и учителя	148
Информация о журнале	151

# CONTENTS

## PSYCHOTHERAPY

<i>Lifintseva A.A.</i> The problem of the therapeutic alliance in pediatric and adolescent psychotherapy	7
<i>Matrusov S.G., Fedotchev A.I.</i> Correction of psychogenic functional disorders with musical influences, controlled by patient's own EEG oscillators .....	15
<i>Starostin O.A.</i> A holistic approach to diagnosis and therapy of somatoform disorders .....	23
<i>Poltorak S.V., Karavaeva T.A., Vasileva A.V.</i> The change in relationship between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of neurotic disorders in the second half of the XX century – beginning of the XXI century .....	29

## MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Antonenko A.A.</i> Clinical manifestations of Internet-dependent behavior in adolescents with different types of activity in the network .....	38
<i>Evdokimov V.I., Mukhina N.A., Natarova A.A.</i> Professional burnout among nursing staff according to foreign publications (1993–2012) .....	47
<i>Rybnikov V.Y., Zashchirinskaya O.V.</i> Phenomenology of the age patterns of socialization disorders in children and adolescents with mild mental retardation .....	71
<i>Tiknyute G, Grigoriev SG, Milchakova VA, Mizeras S, Mizerene R.</i> Structure and level of motivation for treatment in alcoholic patients .....	86

## SOCIAL PSYCHOLOGY

<i>Alekhin A.N., Koroleva N.N., Litvinenko O.A.</i> Semantic values in teenagers during different periods of the contemporary history of Russia .....	98
<i>Belykh T.V.</i> Culture of life safety in inhabitants of radioactively contaminated areas: definition, structural and functional model, basic principles .....	114
<i>Ulyukin I.M., Ostroumov I.N., Bolekhan V.N.</i> Meaning-of-life attitudes and self-attitude in the first-year students of pedagogical university .....	122
Abstracts .....	134
Information about authors .....	145
Memory colleagues and teachers .....	148
Information about the Journal .....	151

# ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК615.851-053.5/7

*А.А. Лифинцева*

## **К ПРОБЛЕМЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ \***

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград

Несмотря на множество научных исследований в области проблем терапевтического альянса в психотерапии взрослых (более 2000 научных работ, выполненных на протяжении последних нескольких десятков лет), терапевтический альянс в детской и подростковой психотерапии попал в фокус внимания ученых сравнительно недавно, около 10 лет назад. Обсуждение данного феномена, его механизмов и закономерностей можно обнаружить в работах А. Freud, А. Kazdin, К.М. Hawley, А.Ф. Garland, R. Di Giuseppe, S.R. Shirk, J. Linscott, R. Jilton и мн. др.

В психотерапии детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет на протяжении долгого периода ее развития существовали два взгляда на проблему терапевтического альянса. Еще А. Freud в 1946 г. отметила, что в психотерапии детей «нежная привязанность», возникающая между психотерапевтом и ребенком, является «основным условием для последующей работы» [8, с. 31]. В то же время сама по себе здоровая привязанность напрямую не приводит к решению основных психологических проблем ребенка, она скорее служит своего рода катализатором продвижения терапевтической работы. В противовес идеям А. Freud игровые психотерапевты придавали особое значение «лечебной» природе терапевтических отношений, выдвинув идею, что ребенок, воспринимающий поддерживающего терапевта как учителя или наставника, становится способным к эмоциональным и поведенческим изменениям [18, 22].

Несмотря на противоречия данных подходов, их объединяет признание того факта, что эмоциональная связь между детским психотерапевтом

---

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке Совета по грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук МК-172.2012.6 «Микросоциальные факторы психосоматического здоровья детей и подростков».

и ребенком и их привязанность друг к другу являются основными компонентами терапевтического альянса, под которым S. Shirk и C. Saiz понимают «позитивные эмоциональные отношения между ребенком и терапевтом, способствующие достижению целей психотерапии» [17, с. 704]. На наш взгляд, терапевтический альянс в детской психотерапии – это потенциальный механизм терапевтических изменений ребенка/подростка, представляющий собой эмоциональную и когнитивную связь, возникающую между ним и психотерапевтом (психологом).

В известном исследовании А. Kazdin, Т. Siegel и D. Bass, проведенном в 1990 г., было показано, что более 90 % из 1162 детских психиатров, психотерапевтов и психологов считают, что терапевтический альянс является одним из важнейших факторов, активизирующих необходимые терапевтические изменения. При этом участниками исследования было отмечено, что такие факторы психотерапевтического процесса, как специфические психотерапевтические техники, продолжительность психотерапии и частота психотерапевтических сессий, в отличие от терапевтического альянса, не имеют такой явной взаимосвязи с результатами психотерапевтического лечения [11].

Обобщая немногочисленные работы в области анализа различных аспектов терапевтического альянса в детской и подростковой психотерапии, мы можем предположить, что он выполняет несколько функций.

1. Предоставляет ребенку/подростку необходимую поддержку для решения ключевых задач психотерапии, а также активизирует процессы эмоционального отреагирования и получения нового социального опыта в терапевтическом взаимодействии. Например, В. Chu и соавт. обнаружили, что хороший альянс между ребенком и терапевтом способствует достижению положительных результатов в когнитивно-поведенческой психотерапии тревоги у детей. С одной стороны, он может максимизировать вовлеченность ребенка в процесс психотерапии, особенно в части формирования новых навыков, а с другой – терапевтические отношения помогают детям отреагировать свои переживания и строить взаимодействия с другими на основе доверия и привязанности [4, 12].

2. Формирует и развивает готовность ребенка/подростка к прохождению психотерапии и актуализирует его мотивы изменений. Однако следует отметить, что терапевтические отношения, возникающие между терапевтом и ребенком, не всегда являются развивающими. Как еще замечала А. Freud, «например, если с детьми никто не играет дома, то им может понравиться приходить на терапию, поскольку именно там взрослые уделяют



им внимание» [цит. по 16, с. 214]. Для детей, которым не хватает эмоциональной поддержки со стороны взрослых, взаимоотношения с терапевтом являются единственно возможным средством удовлетворения данной потребности.

3. Терапевтический альянс через эмоциональную связь и сотрудничество стимулирует и поддерживает мотивацию ребенка и его вовлечение в тревожный процесс осознания собственных переживаний и потребностей. Реализация данной функции особенно важна в психотерапии детей и подростков, чей уровень психического развития или дисфункции препятствует решению основных терапевтических задач, тогда именно эмоциональная связь, возникающая в терапевтическом альянсе, предоставляет им возможность получить новый эмоциональный опыт.

4. Способствует вовлечению родителей в терапевтический процесс и впоследствии может формировать у них адаптивные стратегии воспитания и развития детей/подростков [10].

Американская рабочая группа по проблемам психотерапии детей и подростков с комплексными травмами и кризисными состояниями предложила несколько составляющих психотерапевтических интервенций, среди которых особое место отводится позитивному терапевтическому альянсу, позволяющему развивать у ребенка такие навыки межличностного общения, как уверенность в себе, способность к сотрудничеству и установлению «границ» в отношениях, социальную эмпатию, способности к физической и эмоциональной близости [5].

В психотерапии кризисных состояний детей и подростков позитивный и развивающий терапевтический альянс позволяет психотерапевту перейти к прямому обсуждению чувств и эмоциональных переживаний ребенка, связанных с его травматической ситуацией. Прежде всего это касается его чувств беспокойства, гнева, отчаяния, вины или ужаса. Однако следует помнить, что в работе с травмированным ребенком терапевтический альянс с ним характеризуется хрупкостью и нестабильностью и может быть разрушен в ситуациях быстрого и преждевременного эмоционального раскрытия ребенка и, соответственно, связанными с этим его чувствами вины и стыда. В процессе работы с ребенком психотерапевту необходимо постоянно оценивать и анализировать терапевтические отношения с ним и его семьей, акцентируя свое внимание на малейших изменениях контакта, на проявлениях сопротивления ребенка, а также на потере его чувств доверия и безопасности.

Таким образом, терапевтический альянс между психотерапевтом и ребенком выступает одним из механизмов улучшения эмоционального состояния детей, развивает способность понимать собственные чувства и переживания, мотивирует на внутриличностные изменения и создает условия для принятия различных проявлений своего Я.

В ряде исследований показано, что характеристики терапевтического альянса, возникающего между ребенком/подростком и психотерапевтом, значительно отличаются от терапевтического альянса в психотерапии взрослых. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, при работе с детьми и подростками психотерапевт имеет дело с пластичной личностью ребенка, чьи социальные, эмоциональные и когнитивные способности находятся еще в стадии становления и развития. В отличие от взрослых, дети постоянно изменяются, и даже небольшие изменения в их развитии могут повлиять на восприятие и осознание ими собственных проблем и трудностей. Кроме того, уровень развития ребенка напрямую взаимосвязан с его способностями оценивать себя, осознавать свои сложности и быть готовым строить и развивать отношения сотрудничества со взрослым терапевтом. S. Shirk и C. Saiz обнаружили, что качество терапевтического альянса в детской и подростковой психотерапии может быть положительно связано с развитием вербальных способностей детей, их интерперсональными навыками и восприятием личной ответственности за свои проблемы [17].

Во-вторых, у детей практически отсутствуют возможности выбора своего социального окружения. Проблемы поведения часто детерминированы множественными факторами, и дети больше, чем взрослые, зависят от тех людей, с которыми они постоянно взаимодействуют [1]. В оценке и коррекции детских проблем внимание психотерапевта должно акцентироваться на контекстах влияния социальной среды (сверстники, соседи, родители и т. д.), на возникающие проблемы ребенка. Возможна ситуация, когда у ребенка могут быть развивающие отношения с его психотерапевтом, но эти отношения слабо влияют на разнообразные факторы социальной среды, которые определяют его проблемы.

В-третьих, позиция ребенка как клиента в терапии очень часто добровольна. Когда взрослый приходит в психотерапию, мы предполагаем, что он делает осознанный выбор и принимает на себя ответственность за свою жизнь и свои изменения. Как утверждают P. Armbruster и A. Kazdin, в отличие от взрослых, у детей очень редко проводят терапию с осознанными проблемами, выраженной потребностью в их решении и открытостью для изменений [3]. В большинстве случаев, примерно до старшего подро-

сткового возраста, инициаторами психотерапии выступают родители, учителя, персонал медицинского учреждения или другие взрослые из социального окружения ребенка. Чаще всего это приводит к тому, что ребенок выступает в роли пассивного участника процесса психотерапии, и его низкий уровень мотивации для изменений может препятствовать развитию позитивного детско-терапевтического альянса и снижать степень его вовлеченности в процесс терапии, приостанавливать развитие его навыков и умений, в том числе и вне психотерапии. В литературе описывается, что осознание детьми собственных проблем и высокая мотивация на изменения прямым образом связаны с позитивным терапевтическим альянсом [20], лучшей посещаемостью терапевтических сессий [2], продуктивной работой на завершающем этапе психотерапии [7] и ее результатами в целом [2].

В-четвертых, в детской психотерапии, в отличие от психотерапии взрослых, где терапевт в большинстве случаев взаимодействует только с одним клиентом, имеют дело с терапевтическим альянсом, устанавливаемым как с ребенком, так и с его родителем (опекунами). Таким образом, психотерапия детей и подростков происходит «как бы в вакууме», где клиентами, помимо детей и подростков, могут быть и родители, привносящие «импульс для изменений» и предоставляющие информацию специалисту(ам) об особенностях развития и трудностях детей. Именно родители должны разделить со специалистом и ребенком/подростком ответственность за создание условий, необходимых для успешного психотерапевтического процесса: они могут либо противостоять психотерапевту, либо поддерживать его усилия, следуя рекомендациям, связанным, например, с изменением семейной структуры, отношений и правил. Как указывают Р. Armbuster, А. Kazdin и мн. др., родители играют большую роль в решении вопроса о продолжительности психотерапии [3]. Р. Stallard выделил три основных роли родителей в детской психотерапии: 1) когда ребенок выступает основным фокусом психотерапии, родители являются фасилитаторами развития его навыков в повседневной жизни; 2) родители могут выступать в качестве ко-терапевтов, помогающих своим детям решать задачи терапевтического процесса и оценивающих его изменения; 3) родители могут выступать как клиенты, особенно в родительских психотерапевтических группах, где происходит формирование новых навыков и умений [21].

И наконец, в-пятых, в детской психотерапии может возникнуть ситуация «неконгруэнтности» ее мишеней и целей с точки зрения родителей и детей/подростков. Добившись позитивного терапевтического альянса и с

родителями, и с детьми, мы можем обнаружить их совершенно различные взгляды как на проблемы, которые лежат в основе обращения к психотерапевту, так и на собственно стратегии психотерапии. В последних научных исследованиях показано, что чаще всего мы имеем дело с «несогласованным пониманием» родителями и детьми тех проблем, которые имеют последние [14]. Более того, родители имеют тенденцию говорить о том, что экстернализованные трудности ребенка (чаще всего проблемы с поведением) нуждаются в большей коррекции, нежели другие его проблемы. Дети/подростки же, наоборот, считают, что именно интернализованные проблемы должны стать мишенью их психотерапии. Даже тогда, когда родители и дети взаимно соглашались относительно мишеней психотерапии, это еще не означает, что они пришли к единому мнению в определении психотерапевтической стратегии и тактики.

В исследованиях продемонстрировано, что психотерапевты, которые в течение первых двух терапевтических сессий представили себя детям и подросткам как союзники, принимали участие в их эмоциональных переживаниях, рассматривали вопросы доверия и конфиденциальности в терапевтических отношениях, а также формулировали значимые цели, были более успешны в формировании позитивного детско-терапевтического альянса. В то же время, М. Karver и соавт. обнаружили, что такие особенности поведения психотерапевта, как давление на ребенка/подростка, критика его высказываний, излишнее внимание к незначительной информации, негативно сказываются на последующем качестве их терапевтического альянса [13].

### *Заключение*

Таким образом, для формирования эффективного и развивающего терапевтического альянса с детьми и подростками психотерапевту/психологу следует придерживаться нескольких правил. Рекомендуется начинать психотерапию, прежде всего опираясь на уже имеющийся опыт ребенка/подростка и поддерживать процессы отреагирования его эмоциональных переживаний. Далее, психотерапевту, работающему с детьми и подростками, следует быть гибким, особенно в планировании психотерапевтического вмешательства, а также в выборе его тактик и стратегий. На протяжении всего психотерапевтического процесса специалисту необходимо анализировать и оценивать качество терапевтического альянса с ребенком/подростком и при необходимости корректировать его. И последнее, но не менее важное, психотерапевту следует знать и учитывать в пси-

хотерапевтическом процессе противоречивые интересы, возникающие у его клиентов – детей и родителей.

### *Литература*

1. *Achenbach T.M.* The child behavior profile: I. Boys aged 6–11 / T.M. Achenbach // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1978. – Vol. 46, N 4. – P. 478–488.
2. *Adelman H.S.* Children's participation in consent to psychotherapy and their subsequent response to treatment / H.S. Adelman, N. Kaser-Boyd, L. Taylor // *J. of Clinical and Child Psychology*. – 1984. – Vol. 13, N 2. – P. 170–178.
3. *Armbruster P.* Attrition in child therapy / P. Armbruster, A.E. Kazdin // *Advances in clinical child psychology* / T.H. Ollendick, R.J. Prinz (Eds.). – N.Y. : Plenum, 1994. – Vol. 16. – P. 81–109.
4. *Chu B.* Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety / B. Chu, P.C. Kendall // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72, N 5. – P. 821–829.
5. Complex trauma in children and adolescents / A. Cook, J. Spinazzola, J. Ford [et al.] // *Psychiatric Annals*. – 2005. – Vol. 35, N 5. – P. 390–398.
6. *Di Giuseppe R.* Developing the therapeutic alliance in children-adolescent psychotherapy / R. Di Giuseppe, J. Linscott, R. Jilton // *Appl. Prev. Psychol.* – 1996. – Vol. 5, N 2. – P. 85–100.
7. Dropout from adolescent psychotherapy: A preliminary study / G. Viale-Val, R. Rosenthal, G. Curtiss, R. Marohn // *J. of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1984. – Vol. 23, N 5. – P. 562–568.
8. *Freud A.* The psychoanalytic treatment of children / A. Freud. – N.Y. : International Universities Press, 1946. – 346 p.
9. *Hawley K.M.* Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. *Child and Youth Care Forum* / K.M. Hawley, A.F. Garland // *J. of Research and Practice in Children's Services*. – 2008. – Vol. 37, N 2. – P. 59–74.
10. *Kazdin A.* Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families / A. Kazdin, G. Wassell // *Mental Health Services Research*. – 2000. – Vol. 2, N 1. – P. 27–40.
11. *Kazdin A.E.* Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners / A.E. Kazdin,

T.C. Siegel, D. Bass // Professional Psychology: Research and Practice. – 1990. – Vol. 21, N 3. – P. 189–198.

12. *Kendall P.C.* Setting the research and practice agenda for anxiety in children and adolescents: A topic comes of age / P.C. Kendall, T. Ollendick // Cognitive and Behavioral Practice. – 2004. – Vol. 11, N. 1. – P. 65–74.

13. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature / M. Karver, J. Handelsman, S. Fields, L. Bickman // Clinical Psychology Review. – 2006. – Vol. 26, N 1. – P. 50–65.

14. Mother-adolescent agreement on the symptoms and diagnoses of adolescent depression and conduct disorders / V.C. Andrews, C.Z. Garrison, K.L. Jackson [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry. – 1993. – Vol. 32, N 4. – P. 731–738.

15. *Pekarik G.* Adult and child client differences in therapy dropout research / G. Pekarik, L.A. Stephenson // J. of Clinical Child Psychology. – 1998. – Vol. 17, N 4. – P. 316–321.

16. *Sandler J.* The techniques of child psychoanalysis: Discussions with Anna Freud / J. Sandler, H. Kennedy, R. Tyson. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1980. – 277 p.

17. *Shirk S.R.* A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness / S.R. Shirk, R.L. Russell // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1992. – Vol. 31, N 4. – P. 703–710.

18. *Shirk S.* Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research / S. Shirk, R.L. Russell. – N.Y. : Guilford Press. – 1996. – 395 p.

19. *Shirk S.R., Karver M.S., Brown R.* The alliance in child and adolescent psychotherapy // Psychotherapy. – 2011. – Vol. 48, N 1. – P. 17–24.

20. *Shirk S.R., Saiz C.C., Sarlin N.* The therapeutic alliance in child and adolescent therapy: Preliminary studies within patients. Paper presented at meeting of The Society for Psychotherapy Research. – Pittsburgh, PA, 1993. – 212 p.

21. *Stallard P.* Cognitive behavior therapy with children and young people: A selective review of key issues // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. – 2002. – Vol. 30, N 3. – P. 297–309.

22. *Wright L., Everett F., Roisman L.* Experiential psychotherapy with children. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1986. – 154 p.

23. *Yeh M., Weisz J.R.* Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems // J. of Consulting and Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 69, N 6. – P. 1018–1025.

## **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОГЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МУЗЫКАЛЬНЫМИ ВОЗДЕЙСТВИЯМИ, УПРАВЛЯЕМЫМИ ЭЭГ-ОСЦИЛЛЯТОРАМИ ПАЦИЕНТА \***

Больница Пущинского научного центра РАН;  
Институт биофизики клетки РАН, Пущино

### ***Введение***

Современная жизнь характеризуется обилием экстремальных ситуаций и переживанием стресса в результате террористических акций, экономического кризиса, природных и техногенных катастроф, транспортных происшествий, насилия и других факторов [5]. Перечисленные факторы формируют у человека множественные функциональные нарушения в виде так называемых дискомфортных синдромов [6], а при хроническом комплексном воздействии могут приводить к нарушению механизмов адаптации, срыву гомеостаза, истощению (перенапряжению) функциональных резервов, отказу защитных систем организма и болезни [4]. В этих случаях крайне востребованными являются нелекарственные информационно-управляющие воздействия, направленные на своевременное возвращение человека к оптимальному состоянию и его когнитивную реабилитацию [3].

При анализе таких средств можно выделить два современных подхода: методологию адаптивного биоуправления функциями с обратной связью (БОС) по электроэнцефалограмме (ЭЭГ) и музыкальную терапию (МТ). В методе ЭЭГ-БОС, получившем в зарубежной литературе название «Neurofeedback», текущая амплитуда того или иного ЭЭГ-ритма отражается в параметрах звуковых или световых сигналов обратной связи, предъявляемых пациенту с целью сознательного контроля выраженности собственных ритмических компонентов ЭЭГ для достижения требуемых лечебных эффектов [16]. МТ представляет собой систему психосоматической регуляции функций организма человека с помощью музыкально-акустических воздействий [12].

Важными достоинствами обоих подходов являются неинвазивность, практическое отсутствие противопоказаний и ориентированность на центральные регуляторные механизмы мозга. Метод ЭЭГ-БОС за счет сигнала

---

\* Работа поддержана Российским гуманитарным научным фондом, грант РГНФ № 12-06-00198.

лов обратной связи от непосредственно регистрируемых ЭЭГ-ритмов пациента обладает дополнительными преимуществами – предельной индивидуальностью и активным участием субъекта в оптимизации своего состояния. Однако он имеет также существенное ограничение, связанное с трудностью осознания и активного использования сигналов обратной связи от биопотенциалов мозга, которые эволюционно не предназначены для произвольного контроля. Кроме того, серьезным недостатком метода является использование заранее заданных традиционных ЭЭГ-ритмов (тета-, альфа-, бета- и т. п.), которые на самом деле функционально гетерогенны и индивидуальны [15]. В МТ также существуют нерешенные вопросы, среди которых центральное место занимает проблема адекватного для каждого пациента подбора музыки для повышения эффективности лечебных процедур [17].

Недавно нами предложена оригинальная концепция нелекарственной коррекции функциональных нарушений у человека [13], которая сочетает достоинства МТ и ЭЭГ-БОС, но лишена их недостатков за счет ряда нововведений. Во-первых, в концепции предлагается использовать не заранее заданные излишне широкополосные традиционные ЭЭГ-ритмы, а автоматически выявляемые в реальном времени, характерные и значимые для индивида узкочастотные ЭЭГ-осцилляторы. Во-вторых, в концепции предусматривается использование текущей амплитуды выявляемых ЭЭГ-осцилляторов для управления музыкальными воздействиями по принципу обратной связи.

В литературе имеются единичные сведения об использовании музыки в качестве информационного сигнала обратной связи. Однако конкретных данных о ключевых параметрах музыкальной обратной связи и их роли в эффективности музыкально-терапевтических воздействий мы не встретили. В частности, в литературе отсутствуют сведения об эффективности использования того или иного ЭЭГ-ритма, в пределах которого у испытуемого выявляются ЭЭГ-осцилляторы. Кроме того, открытым является вопрос о длительности прерываний музыки в случае несоответствия между пороговым и текущим значениями амплитуды ЭЭГ-осциллятора при его регуляции с обратной связью.

Цель исследования – выявить оптимальные ключевые параметры организации музыкальных воздействий, управляемых ЭЭГ-осцилляторами пациента, и оценить эффективность коррекции стресс-индуцированных функциональных расстройств с помощью таких воздействий.



### *Материалы и методы*

Проведено две серии исследований, в которых обследуемым лицам предъявляли классические музыкальные произведения, но музыка звучала только в то время, когда испытуемому удавалось изменить в заданном направлении амплитуду выявленного у него ЭЭГ-осциллятора путем использования индивидуальной стратегии саморегуляции. Детали регистрации и анализа ЭЭГ, а также выявления индивидуальных ЭЭГ-осцилляторов описаны нами ранее [11].

1-я серия выполнялась с целью определения оптимальных параметров музыкальной обратной связи. Исследовали роль двух ключевых факторов – диапазона ЭЭГ (тета-ритм 4–8 Гц; альфа-ритм 8–13 Гц или бета-ритм 13–25 Гц), в котором у каждого испытуемого определялись доминирующие узкочастотные (0,2–0,6 Гц) ЭЭГ-осцилляторы и длительность прерывания (3 с или 10 с) звучания музыки при превышении/ухуде текущей амплитуды ЭЭГ-осциллятора от исходного порогового уровня.

Для анализа эффективности каждого из 6 сочетаний двух исследуемых факторов были сформированы и обследованы 6 групп по 12 взрослых здоровых-добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Звучание музыки прерывалось, если текущие значения тета- или бета- ЭЭГ-осцилляторов превышали исходный уровень, а альфа-ЭЭГ-осциллятора – не достигали заданного исходного порога. Испытуемым предлагали найти состояние, при котором мелодия звучит непрерывно. Использовали два объективных критерия эффективности воздействий: 1) время звучания музыки (в процентах от общей длительности процедуры); 2) степень изменения (в процентах) выраженности регулируемого ЭЭГ-диапазона к концу процедуры относительно исходного уровня.

2-я серия исследований выполнялась с учетом данных, полученных в первой серии, и была направлена на коррекцию стресс-вызванных функциональных расстройств. В ней приняли участие 22 сотрудника Пушкинского научного центра в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся в кабинет психологической разгрузки по поводу состояний эмоционального напряжения и стресса и добровольно согласившихся на участие в двух обследованиях. В одном из них музыка прерывалась на 3 с при превышении исходной выраженности тета-ЭЭГ-осциллятора, в другом – при снижении исходной выраженности альфа-ЭЭГ-осциллятора. Обследуемым лицам давали задание добиваться непрерывного звучания музыки. В первом случае это достигалось подавлением тета-ЭЭГ-осциллятора, во втором – активацией альфа-ЭЭГ-осциллятора. В начале и конце каждого обследования па-

циенты выполняли оценку собственного самочувствия, активности и настроения с помощью теста САН [10].

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Origin 6.0. Вычисляли средние для групп значения ( $M$ ), стандартные ошибки ( $m$ ) и критерий  $t$ -Стьюдента. При анализе результатов, полученных в динамике на одной группе (сдвиги показателей после воздействия относительно исходного фона)  $t$ -критерий вычисляли по формуле  $t = M/m$ . Во всех случаях достоверными признавались величины с уровнем значимости  $p < 0,05$ .

### ***Результаты и обсуждение***

Количественные данные, полученные при определении оптимальных параметров музыкальной обратной связи в 1-й серии исследований, представлены в табл. 1.

*Таблица 1*  
*Влияние исследуемого диапазона ЭЭГ и длительности прерывания музыки на эффективность музыкально-терапевтических воздействий, ( $M \pm m$ ) %*

Группа	Программа музыкальной обратной связи	Критерий эффективности музыкальной обратной связи	
		время звучания музыки	Степень изменения соответствующего ЭЭГ-ритма в ходе процедуры
1-я	Тета-диапазон, 3 с	79,7 ± 2,8	-3,1 ± 0,7; $p < 0,05$
2-я	Тета-диапазон, 10 с	75,0 ± 3,2	-4,0 ± 1,1; $p < 0,05$
3-я	Альфа-диапазон, 3 с	77,7 ± 2,7	4,2 ± 2,1
4-я	Альфа-диапазон, 10 с	71,1 ± 3,1	1,6 ± 1,6
5-я	Бета-диапазон, 3 с	79,5 ± 3,3	0,4 ± 3,0
6-я	Бета-диапазон, 10 с	74,2 ± 3,0	2,3 ± 0,9

Можно видеть (см. табл. 1), что по первому критерию – проценту времени звучания музыки – группы практически не различаются. Второй критерий оказался более информативным: в 1-й и 2-й группах на подавление тета-осциллятора выявлено достоверное снижение мощности тета-диапазона ЭЭГ, а в группах на активацию альфа-осциллятора наблюдался рост выраженности альфа-ритма ЭЭГ. Наименее результативными оказались попытки подавления бета-ЭЭГ-осциллятора – они привели не к уменьшению, а, наоборот, к росту выраженности бета-ЭЭГ-активности. Данный факт объясняется, на наш взгляд, исходной минимальной выра-

женностью бета-ЭЭГ-активности у здоровых взрослых испытуемых, что затрудняет попытки ее подавления с помощью ЭЭГ-биоуправления.

Что касается длительности прерывания музыки, сравнение данных показывает, что более эффективными являются короткие (3 с) периоды прерывания музыкальной обратной связи. На основании полученных данных во второй серии исследований использовались только короткие (3 с) прерывания музыки, а выявление узкочастотных ЭЭГ-осцилляторов осуществлялось только в тета- и альфа-диапазонах ЭЭГ.

Количественные данные, полученные во 2-й серии при коррекции стресс-вызванных расстройств музыкальными воздействиями, направленными на подавление тета-ЭЭГ-осциллятора или активацию альфа-ЭЭГ-осциллятора пациента, представлены в табл. 2.

Таблица 2

*Объективные и субъективные показатели, зарегистрированные в двух сеансах музыкально-терапевтических воздействий, ( $M \pm m$ )*

Показатель		Направленность процедуры	
		подавление тета-ЭЭГ-осциллятора	активация альфа-ЭЭГ-осциллятора
Время звучания музыки, %		79,5 ± 2,3	75,7 ± 2,3
Сдвиг мощности, относительно фона, %	тета-ритма ЭЭГ	-3,1 ± 0,7; p<0,05	-2,1 ± 0,8
	альфа-ритма ЭЭГ	2,3 ± 1,4	3,3 ± 1,0; p<0,05
Изменение показателя САН, балл	самочувствие	1,8 ± 0,6; p<0,05	1,8 ± 1,3
	активность	1,2 ± 0,8	2,3 ± 1,6
	настроение	1,1 ± 0,6	2,2 ± 0,9

Судя по объективным критериям (табл. 2), обследуемые лица достаточно успешно справлялись с поставленной перед ними задачей – добиваться непрерывного звучания музыки, произвольно регулируя собственное состояние и биопотенциалы мозга. Так, в обеих процедурах общая длительность прерываний музыки не превышала 25 % всего времени обследования. Кроме того, наиболее выраженные изменения мощности ЭЭГ-ритмов происходили в требуемом по условиям процедуры направлении: тета-ритм достоверно подавлялся, а альфа-ритм достоверно возрастал.

По данным субъективных отчетов выявлены положительное отношение пациентов к проведенным лечебным сеансам, снижение уровня стресса и позитивные изменения психического состояния в результате проведенных процедур. Это нашло подтверждение и в результатах выпол-

нения теста САН до и после примененных музыкально-терапевтических воздействий (табл. 2). Под их влиянием выявлены позитивные сдвиги всех показателей, причем в субъективных оценках самочувствия выявлен достоверный рост для процедур на подавление тета-ЭЭГ-осциллятора.

Из данных научных исследований известно, что положительные результаты при комплексной терапии психогенных функциональных расстройств могут достигаться с помощью аудио-визуальных воздействий [1], а также под влиянием их сочетаний с биологической обратной связью по кожно-гальванической реакции [2] и с музыкальной стимуляцией [7]. Музыка сама по себе может играть позитивную роль в лечении аффективных расстройств типа депрессии, тревожности, посттравматического стресса [14] и приводить к активизации когнитивной деятельности человека [8].

Улучшение психофизиологического здоровья человека может достигаться и при использовании музыки в процедурах адаптивного биоуправления с обратной связью по ЭЭГ. Примером служит исследование, в котором музыка включалась, когда амплитуда текущей альфа-волны ЭЭГ-субъекта превышала заданный порог, и выключалась, когда амплитуда волны не достигала его; испытуемым предлагали найти состояние, при котором мелодия звучит непрерывно [9]. Предъявление музыки в соответствии с заданным уровнем альфа-ритма ЭЭГ-пациента приводило к нормализации ЭЭГ и психического состояния подростков.

Важно подчеркнуть, что в процитированной работе [9] позитивные эффекты достигались при проведении 10–12 лечебных сеансов, тогда как в нашем исследовании близкие результаты наблюдались уже к концу первой лечебной процедуры. Повышенная эффективность примененных нами музыкальных воздействий и их позитивное влияние на функциональное состояние пациентов могут быть обусловлены предъявлением музыки в строгом соответствии со значимыми биоэлектрическими характеристиками мозга индивида. Как показано нами ранее [11], в этом случае создаются условия для вовлечения интеграционных, адаптационных и резонансных механизмов деятельности центральной нервной системы в комплексные реакции организма на действие низкоинтенсивных факторов внешней среды.

### *Заключение*

При музыкальных воздействиях, управляемых по принципу обратной связи ЭЭГ-осцилляторами пациента, наблюдается нормализация ЭЭГ и позитивные изменения психического состояния благодаря взаимодействию между параметрами воздействий и значимыми для индивида характе-

ристиками биоэлектрической активности его мозга. Оптимальными условиями для таких воздействий являются использование узкочастотных осцилляторов из тета- и альфа-диапазонов ЭЭГ и минимальная длительность прерывания музыки в случае несоответствия между пороговым и текущим значениями амплитуды ЭЭГ-осциллятора. Полученные данные указывают на возможность успешного использования таких музыкально-терапевтических воздействий в широком спектре процедур медицинской реабилитации.

### *Литература*

1. *Араби Л.С.* Аудио-визуальная стимуляция в комплексной терапии психогенно обусловленных расстройств / Л.С. Араби, В.Н. Сысоев, Т.В. Кремнева // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 9–17.

2. *Ашанина Е.Н.* Эффективность парциального применения аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи для коррекции дезадаптивных психических состояний специалистов экстремальных профессий / Е.Н. Ашанина, Д.В. Кулаков // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 85–92.

3. *Григорьева В.Н.* Когнитивная реабилитация – новое направление медицинской помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга / В.Н. Григорьева // Современные технол. в медицине. – 2010. – № 2. – С. 95–99.

4. *Евдокимов В.И.* Психологические механизмы генезиса негативных эмоциональных состояний в деятельности сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, Т.И. Шевченко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 2. – С. 46–54.

5. *Казаковцев Б.А.* Психологическая и психиатрическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / Б.А. Казаковцев // Психич. здоровье. – 2009. – № 3. – С. 9–24.

6. *Кидалов В.Н.* Саногенез и саногенные реакции эритрона. Проблемы медицины и общее представление о саногенезе / В.Н. Кидалов, А.А. Хадарцев, Г.Н. Якушина // Вестн. нов. мед. технологий. – 2005. – Т. 12, № 3. – С. 5–10.

7. *Пряхина М.В.* Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД / М.В. Пряхина, Я.В. Голуб // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 85–94.

8. Решение математических логических задач в сенсорно-обогащенной среде (классическая музыка) / Р.А. Павлыгина, Н.Н. Карамышева, М.В. Тутушкина [и др.] // Журн. высш. нервной деятельности. – 2012. – Т. 62, № 3. – С. 292–301.

9. Стратегия коррекции девиантного поведения подростков на основе метода адаптивной саморегуляции / Н.М. Яковлев, К.В. Константинов, З.В. Косицкая, В.М. Клименко // Физиология человека. – 2007. – Т. 33, № 2. – С. 42–47.

10. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, М.Н. Мирошников, В.В. Шарай // Вopr. психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.

11. *Федотчев А.И.* Нелекарственная коррекция функциональных расстройств у человека. Принцип двойной обратной связи от ЭЭГ осцилляторов пациента / А.И. Федотчев, А.Т. Бондарь, В.С. Семёнов. – Saarbrücken : LAP Lambert Academic Publishing, 2010. – 79 с.

12. *Шушарджан С.В.* Руководство по музыкальной терапии / С.В. Шушарджан. – М. : Медицина, 2005. – 450 с.

13. *Fedotchev A.I.* Music of the brain in the treatment of human functional disturbances / A.I. Fedotchev, A.T. Bondar, G.S. Radchenko // Neuroscience for medicine and psychology: proceedings of the 8-th International congress. – Sudak, Ukraine. 2012. – P. 413–414.

14. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder -an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation / C. Carr, P. d'Ardenne, A. Sloboda [et al.] // Psychol. Psychother. – 2012. – Vol. 85, N 2. – P. 179–202.

15. *Hammond D.C.* The need for individualization in neurofeedback: heterogeneity in QEEG patterns associated with diagnoses and symptoms / D.C. Hammond // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. – 2010. – Vol. 35, N 1. – P. 31–36.

16. *Neurofeedback: A promising tool for the self-regulation of emotion networks* / S.J. Johnston, S.G. Boehm, D. Healy [et al.] // Neuroimage. – 2010. – Vol. 49, N 1. – P. 1066–1072.

17. *Wakim J.H.* The efficacy of music therapy / J.H. Wakim, S. Smith, C. Guinn // J. Perianesth. Nurs. – 2010. – Vol. 25, N 4. – P. 226–232.

## ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Международный медицинский центр «Согаз», Санкт-Петербург

### *Введение*

Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50 %, а в общемедицинской практике – от 30 до 57 % [8]. По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты врачей соматического профиля, относятся к группе «психосоматиков».

Существуют различные понятия, которые вкладываются в термин «психосоматические расстройства». Порой трудно доказать, что психологические факторы могут быть причиной определенных соматических заболеваний. Вызывает также споры вопрос о том, какие конкретно соматические болезни имеют основания относиться к «психосоматическим». Противоречивость и разброс суждений исследователей объясняются, по-видимому, сложностью психосоматических и соматопсихических отношений [1].

В полной мере трудности классификации, диагностики и терапии относятся к соматоформным синдромам. Для них характерны псевдосоматические проявления при отсутствии каких-либо очевидных взаимосвязей между психической и соматической сферами. В современных классификациях психические нарушения, проявляющиеся преимущественно псевдосоматическими симптомами, выделены в специальную группу в разделе «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F 45 по МКБ-10) [6]. До настоящего времени нет полного представления о механизмах, лежащих в основе соматизации психических нарушений [2].

Цель исследования – систематизация современных данных об этиопатогенезе психосоматических расстройств для обоснования техник холистической психотерапии в рамках целостного «медико-психологического» подхода в диагностике и психотерапии соматоформных расстройств.

### *Методологические проблемы*

Интегративный подход к оценке причин и лечению психосоматических расстройств, учитывающий биологический, психологический и соци-

альные факторы их возникновения, является в настоящее время наиболее перспективным [11]. «Поражение духа» [3], духовная составляющая, наряду с биологическими, психологическими и социальными факторами, играет важную, а порой и первостепенную роль в возникновении и течении не только зависимостей, но и, по-нашему мнению, в этиопатогенезе психосоматических расстройств.

С.А. Кулаков [6] развивает идеи основателя интегративного биопсихосоциального подхода – Engel и, опираясь на более поздние исследования: BASIC-ID – А. Лазаруса, многоуровневую психосоциальную модель расстройств аффективного спектра – А.Б. Холмогоровой, «Цветок потенциалов» – В.А. Ананьева, синергетическую модель патогенеза психических расстройств – П.И. Сидорова, предлагает подход, представленный четырьмя основными векторами биопсихосоциодуховной модели развития психосоматического заболевания: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом.

Принимая данную интегративную модель, предлагаем уточнить сам термин («биопсихосоциодуховный»), который содержит в себе два греческих, один римский и один русский корень и ввести понятие – «соматотеоэтнопсихологический» подход (СТЭП-подход) как модель интегративного (холистического) взгляда на психосоматические расстройства.

Наша гипотеза «психосоматизации» заключается в том, что на всех этапах онтогенеза естественный, «данный природой», свободный процесс восприятия индивидуумом субъективной (внутренней) и окружающей (внешней) действительности может искажаться. Это происходит в ответ на действие СТЭП-факторов. Индивидуум не всегда готов целостно и ясно воспринять и усвоить получаемый опыт. Сами по себе «уроки» в жизни человека не являются ни плохими, ни хорошими, но связаны с потребностями и мотивами (желаниями, ценностями) конкретного индивидуума. Эти ситуации, образно говоря, являются некими «посланиями» и «задачами» для человека любого возраста. Часто мы получаем их в детстве и от самых наших близких людей – родителей, поэтому они всегда заряжены энергией родительской любви. Называть подобные ситуации «детскими психотравмами» считаем не всегда обоснованным:

- во-первых, они несут в себе очень важное родительское послание, требующее последующего «переваривания» и «присвоения» ребенком;
- во-вторых, имеют, кроме ограничивающих последствий, еще и эмоционально-энергетический потенциал для развития;



- в-третьих, подобная «стигмация» может приводить к вторичным заблуждениям и «покровным» эмоциям, к формированию чувства обиды на родителей и/или вины перед ними.

Неусвоенные «послания», нереализованные желания (потребности) произвольно запоминаются индивидуумом, искажая естественный психофизиологический процесс восприятия, который становится нецелостным (ахолистичным). Запоминание неусвоенных «посланий» происходит по тем же психофизиологическим механизмам, по тому же «маршруту», что и нормальный процесс восприятия: от ощущений к образу объекта и далее, через эмоциональное отношение, к пониманию объекта.

На уровне телесных ощущений в ответ на «послание», которое оказалось «несвоевременным», посредством механизма мышечной памяти возникает локальное тоническое напряжение, формируются «мышечные блоки». Неосознанные и непроявленные эмоции по поводу этого события могут проецироваться на зоны мышечного напряжения, формируя на уровне подкорки и сегментарного аппарата центральной нервной системы патологический круг возбуждения, удерживающий как сами «мышечные блоки», так и связанные с ними «негативные» эмоции. Одновременно возникают, но не осознаются, ограничивающие, патологические образы, связанные с «несвоевременным посланием», и соответствующие этой ситуации заблуждения, опасения, различные ограничивающие мысли. Надо указать, что подобная реакция возможна у взрослого человека, а у ребенка она может проявляться в редуцированном виде, вплоть до «соматоэмоционального» уровня. В дальнейшем осознанное восприятие индивидуума по данному или схожим поводам вызывает парциальное или тотальное затруднение и актуализирует соматические и психические проявления, хранящиеся в различных видах памяти. Таким образом, у человека формируется локальная неосознанность («скотома неосознанности») по поводу конкретной жизненной ситуации («вызова»).

«Скотома неосознанности» проявляется в четырех психофизиологических «квадросферах»: в сфере вегетативно-висцеральных и двигательных реакций; в эмоционально-волевой; в сферах образного и вербально-логического мышления. Г. Каплан, Б. Сэдок [4] указывают, что повторные воспоминания психотравмирующих ситуаций включают образы, мысли, аффективные состояния и ощущения, которые воссоздают патологические телесные перцепции, пережитые пациентом в перенесенной им стрессовой ситуации. Сходные уровни психического отражения обнаруживаются в психике пациента с соматическим заболеванием [7]:

1-й – ощущений (чувственный) – отрицательные перцептивные переживания;

2-й – эмоциональный – аффективные реакции на симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3-й – интеллектуальный – представление и знания больного о своем заболевании, его тяжести, причинах и возможных последствиях;

4-й – мотивационный – изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, деятельность по восстановлению здоровья.

В дальнейшем, по нашему мнению, взаимодействие СТЭП-качеств «почвы» индивидуума и внешних СТЭП-факторов «среды» запускают механизмы патогенеза расстройств и заболеваний с различным преобладанием и разной очередностью проявлений неразрывно связанных между собой «соматического» и «психического» компонентов. Выраженность и направленность «соматической» и «психической» составляющих зависит от СТЭП-качеств «почвы» индивидуума, от силы и продолжительности действия или бездействия (депривации) СТЭП-факторов «среды». Независимо от выраженности и последовательности проявлений расстройства нарушается единство душевного и физического, блокируется гармоничное, целостное психосоматическое функционирование индивидуума, возникают психосоматические («ахолистические») расстройства.

В лечении «ахолистических» расстройств, на наш взгляд, необходим целостный медико-психологический подход, учитывающий все многообразие причин, приводящих к этим расстройствам. Среди существующего в настоящее время многообразия методов, позволяющих помогать пациенту целостно (интегративно), особое место занимают методики и техники холистической психотерапии [10], одной из которых, успешно применяемых нами в терапии соматоформных расстройств, является техника «Четырех стульев». Она основана на указанном выше механизме формирования соматоформного расстройства по типу «слепого пятна» – «скотомы неосознанности» в проблемной зоне. В связи с этим целью холистической терапии является повышение осознанности в зоне «слепого пятна», принятие пациентом ситуации, интеграция личного опыта и восстановление целостного восприятия пациентом «психотравмирующей» (проблемной) ситуации, на которую символически указывал симптом соматоформного расстройства.

Сама техника заключается в том, что пациенту предлагается описать соматический симптом в виде образа телесного ощущения (ответить на вопрос «на что похоже ощущение?»), определить к нему свое отношение, выразить эмоцию и, наконец, самостоятельно интерпрети-

ровать обнаруженный символ, заключенный в образе телесного ощущения. Возникающее в ходе терапии осознание [9] не только помогает пациенту освободиться от симптома, но и открывает неосознававшиеся ранее причины возникновения соматоформного расстройства. В ходе психотерапевтической сессии пациент по просьбе психотерапевта пересяживается поочередно на каждый из четырех стоящих друг напротив друга стульев в тот момент, когда внимание его последовательно направлено, соответственно, на ощущения (симптомы соматоформного расстройства), образы телесных ощущений, эмоции и мысли.

Пример. Пациент А., 49 лет. Жалобы на боли при ходьбе и субъективное ощущение припухлости в области левого колена, возникшие без видимых внешних физических причин, на фоне конфликтной ситуации (развода) в семье. Данные объективного обследования – без патологии. При осмотре: видимых признаков отека и воспаления нет. При пальпации области вокруг надколенника – легкая болезненность. Движения в коленном суставе не нарушены.

Пациент описал свои ощущения как похожие на те, что были от «старой грязной повязки», которая появилась у него «в пионерском лагере в 13 лет, когда он поранил колено (упал)». Пациент вспомнил, что в тот самый период у него впервые возникли отношения с девушкой, которые вскоре «себя исчерпали», но он не решался расстаться с ней, «боялся уйти», «разорвать возникшую связь». Неожиданно для себя он заметил схожесть ситуации, о которой вспомнил в ходе сессии (до этого он ее никогда ранее не вспоминал), и сегодняшнего его «ухода» из семьи, на который он не может решиться из-за «моральных принципов» и религиозных взглядов, и сделал вывод, что надо «уходить, когда отношения себя исчерпали». Образ «старой повязки» «растворился», боль и ощущения припухлости прошли, появилось «ощущение свободы и расслабленности» в коленном суставе, которое сохранялось несколько дней. Катамнез – в течение 2 лет боли не беспокоят.

В данном случае боль в левом колене, с точки зрения топической соматопсихологии, символизировала страх перемен в отношениях с женщинами (женой). В структуре данного соматоформного расстройства обнаруживаются: соматические составляющие (боль, ощущение припухлости), теологический компонент в виде «моральных страданий», связанных с индивидуальными духовными ценностями, этнологический компонент (поведенческие паттерны, социальные правила) и, наконец, психологический компонент в виде страха, образа «грязной повязки», ограничивающих мыслей и убеждений. Использование техники «Четырех стульев» позволило в данном случае в короткий срок (в течение одной психотерапевтической сессии), используя стулья как «якоря», раз-

делить «слипшиеся» патологические конструкты (страх, боль, неприятный образ, ограничивающие мысли) и восстановить естественный процесс восприятия проблемной жизненной ситуации. Осознание помогло пациенту не просто освободиться от симптома, но, присвоив свой собственный, до момента психотерапевтической сессии не до конца оцененный опыт, принять важные решения в своей жизни, взять ответственность за них на себя.

### *Заключение*

Соматотеопсихологический подход в холистической психотерапии соматоформных расстройств помогает преодолеть существующую разобщенность «медицинских» и «психологических» парадигм, отказаться от анализа, как основного метода в медицине и достичь целостного научного взгляда на человека.

### *Литература*

1. *Березанцев А.Ю.* Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект) [Электронный ресурс] / А.Ю. Березанцев // Мед. психология в России. – 2011. – № 1. – URL: <http://medpsy.ru>.
2. *Григорьева Е.А.* К проблеме психосоматических, соматопсихических отношений / Е.А. Григорьева, Л.К. Хохлов // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 30–33.
3. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей : [монография / Г.И. Григорьев, А.А. Александров, Г.И. Алексеев и др.] ; под. ред. Г.И. Григорьева. ; С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования, Междунар. ин-т резерв. возможностей человека, О-во трезвости и милосердия [и др.]. – СПб. : ВМедА, 2008. – 504 с.
4. *Каплан Г.* Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Эздек. – М. : Гэотар : Медицина, 1999. – 602 с.
5. *Кулаков С.А.* Биопсихосоциодуховная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход / С.А. Кулаков // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. – № 100. – С. 131–142.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10 : в 4 кн. – М. : Медицина, 2003. – 2432 с.
7. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 168 с.

8. Основы психосоматической медицины / под ред. У.В. Лебедевой, Н.Г. Незнанова, Л.И. Вассермана. – СПб. : Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2008. – 26 с.

9. *Старостин О.А.* Осознание с опорой на тело как основной действующий фактор в холистической психотерапии и реабилитации невротических нарушений и психосоматических расстройств / О.А. Старостин // Психологические, естественно-научные и философские проблемы современного общества : материалы межвуз. науч.-практ. конф. – СПб. : МИЭП, 2012.– С. 79–83.

10. *Старостин О.А.* Методы холистической психотерапии как модели современной целостной психокоррекции и терапии / О.А. Старостин // Психотерапия.– 2013. – № 2 (122). – С. 23–26.

11. *Шипачев Р.Ю.* Возможность применения краткосрочной интегративной психотерапии для лечения психосоматических расстройств / Р.Ю. Шипачев // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 45 (50). – С. 18–25.

УДК 615.851 : 616.89

*С.В. Полторак, Т.А. Караваева, А.В. Васильева*

## **ИЗМЕНЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX И НАЧАЛЕ XXI ВЕКОВ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

В последние десятилетия в здравоохранении сформировалась биопсихосоциальная парадигма, упрочились новые взгляды на соотношение и содержание различных видов лечения, в том числе при невротических расстройствах.

Развитие фармакоиндустрии, разработка новых препаратов и внедрение их в современные терапевтические стратегии лечения позволили добиваться не только более быстрого симптоматического улучшения, но и построения доверительных отношений с пациентом, усиления эффективности психотерапевтических вмешательств, сокращения сроков стацио-

нарного и амбулаторного лечения, более широкого использования экономически предпочтительных амбулаторных методов терапии [2, 3].

Соотношение психотерапии и фармакотерапии в лечебном процессе при невротических расстройствах гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны, оно зависит от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой – от имеющихся фармакологических возможностей, профессиональных представлений медицинского сообщества, научных разработок [1, 4].

Чем ярче выражены в сложном патогенезе невротических расстройств биологические механизмы, тем скорее дает положительный эффект применение лекарственной терапии. В то же время, биологические виды лечения решают не стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется психогенной природой невротических нарушений. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может приближаться к патогенетическому [4, 5].

В конце 1950-х – начале 1960-х гг. возможность использования фармакотерапии в лечении невротических расстройств была существенно ограничена малым диапазоном психотропных средств, высокой частотой и выраженностью побочных эффектов, которые у пациентов с тревожными, мнительными и ипохондрическими личностными чертами приводили к негативному отношению к терапии. Поэтому психофармакотерапия применялась сравнительно редко, только в 22,4 % случаев.

Для достижения «общеукрепляющего эффекта» использовались биостимуляторы (алоэ, ФИБС, стекловидное тело), вегетотропные средства, препараты кальция, витаминотерапия, глюкоза, бром и др.

С позиций сегодняшней доказательной медицины можно согласиться с мнением ряда авторов [11, 17], которые рассматривают в качестве плацебо-эффекта любую фармакотерапию, которая намеренно применяется из-за ее неспецифического психологического, психопрофилактического эффекта, но без целенаправленного влияния на механизм болезни. Следует также иметь в виду, что для пациентов, находящихся в клинике в течение длительного времени, большое значение имеет ощущение активно проводимого лечения, использования медикаментозной, в том числе инъекционной, терапии.

Крайне редко назначались нейролептики, существовавшие в то время (даже в малых дозах), несмотря на наличие в их действии антитревожного компонента, за счет специфических побочных проявлений, в том числе вызываемого ими усиления вегетативных расстройств, облигатных для клинической картины невротических нарушений [6].

В этот период в качестве психотерапии чаще применялись индивидуальные и групповые суггестивные и релаксирующие методы, рациональная психотерапия, трудотерапия, терапия средой. Использовалась наркопсихотерапия, особенно для снятия истерических зафиксированных моносимптомов, которые были представлены значительно чаще, чем в современной клинике невротических расстройств. Эта методика заключалась в проведении внушения на фоне наркотического сна, вызванного внутривенным введением барбитала (амитал натрия) или его аналогов [7].

В 1960–1970-е гг. начали широко использоваться бензодиазепины как препараты, влияющие на уровень тревоги, нормализацию сна и обладающие определенным вегетостабилизирующим действием (54,3 %). Несмотря на опасность привыкания и формирования зависимости, они применялись достаточно длительно (иногда в течение всего пребывания больного в стационаре), не акцентировалось внимание пациентов на возможности формирования зависимости. Применялись диазепам, хлордиазепоксид, нитразепам, медазепам, лоразепам [12,16]. Также использовались небензодиазепиновые транквилизаторы — мепротан, триметоксин. В некоторых случаях пациентам с депрессивным синдромом при невротических расстройствах назначались малые дозы трициклических соединений (21,5 %) – имипрамин, amitриптилин, однако их применение давало значительно меньший эффект по сравнению с транквилизаторами, часто оказывалось неэффективным или приводило к ухудшению состояния в результате холинолитического побочного действия, усугубляющего вегетативные дисфункции [15]. Чаще использовался азафен как более мягкий антидепрессант с транквилизирующим компонентом. Из нейролептиков в малых дозах применяли тиоридазин, перициазин (неулептил), алимемазин (терален), метафенозин (френолон) [13, 15]. Пациентам с астеническими проявлениями назначался стимулирующий препарат – сиднокарб.

В психотерапевтических подходах сохранялась большая роль гипнотерапии, суггестивных и релаксирующих методов. В отделении неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева основной оставалась «патогенетическая психотерапия». Начали активно развиваться и другие динамиче-

ские подходы в психотерапии, она стала носить более целенаправленный патогенетический характер, позволяла реконструировать нарушенные личностные структуры и отношения [9]. В 1970–1980-е гг. в отделении было довольно много пациентов, которые получали только психотерапевтические воздействия без сочетания их с фармакологическим лечением (38,7 %), или же им назначалась дополнительно только общеукрепляющая терапия. Длительность пребывания таких пациентов в стационаре часто превышала 2,5 мес (74,8 %) [10].

Со второй половины 1980-х гг. стали чаще назначаться минимальные дозировки психотропных средств. Это было связано с повышенной чувствительностью больных, страдающих различными формами невротических расстройств, к химическим, а также физическим раздражителям вследствие нарушений при данной патологии кортико-гипоталамо-гипофизарных связей. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометировало» психотропные препараты, создавая серьезные трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их было безусловно показано.

С появлением антидепрессантов с селективным действием (конец 1990-х гг.) роль фармакотерапии в лечении невротических расстройств существенно возросла. В первую очередь это было обусловлено их избирательным действием на симптоматику, лучшую переносимость и безопасность, возможность применения при активных видах деятельности, что особенно актуально для пациентов с невротическими расстройствами, имеющими высокую социальную активность [13]. Постепенное широкое проникновение психофармакотерапии в лечение невротических расстройств вызвало много споров, основанных на представлениях об их патогенетической сущности как психогенных заболеваний, что определяло ведущий метод лечения – каузальную психотерапию. Психофармакотерапия в значительной степени противопоставлялась психотерапевтическому лечению и рассматривалась исключительно как симптоматический подход, недостатком которого являлось отсутствие воздействия на причинные механизмы невротических расстройств с увеличением риска рецидивов и хронизации патологического процесса [11].

В настоящее время не только признаются в теоретическом плане, но и отражаются в современной практической деятельности представления о необходимости комплексного использования психологических и биологических подходов в лечении невротических расстройств, воздействующих на различные, но связанные друг с другом звенья патогенеза. Это позволя-



ет эффективно проводить психотерапевтические мероприятия, повышать социальную адаптацию пациентов, сокращать сроки стационарного лечения, сделать медицинскую помощь этим пациентам более комплексной и рентабельной [8].

Психотропные препараты воздействуют в основном на эмоционально-аффективные состояния и лишь опосредованно через них на патогенные обстоятельства и личность, но, несмотря на это, существует ряд положительных сторон психофармакотерапии при невротических расстройствах. Даже кратковременное ослабление симптомов и улучшение состояния в начале лечения облегчает психотерапевтический контакт. Лекарственная терапия путем разрушения симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь. Фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу и через реализацию своей специфической биологической активности, а также посредством плацебо-эффекта [8, 9].

Анализ частоты и видов назначавшегося психофармакологического лечения больным с невротическими расстройствами и их сочетаний в 2008–2009 гг. в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева показал, что выбор средств медикаментозной терапии индивидуален для каждого пациента. Он обусловлен рядом факторов.

1-й фактор – это учет характера, частоты, интенсивности клинических проявлений, а также их анамнестической динамики, оценки терапевтического ответа как на психотерапевтические, так и на лекарственные воздействия. Так, обнаруживалась существенная разница в использовании и комбинировании различных препаратов в зависимости от характера ведущего синдрома в клинической картине невротических расстройств (таблица).

У пациентов с ведущим тревожным или фобическим синдромом чаще применялись препараты с анксиолитическим и умеренным седативным эффектом – бензодиазепины, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина с антитревожным эффектом (пароксетин, флуоксетин, агомелатин и др.), нейролептики с мягким действием и редкими побочными эффектами в небольших дозировках (сульпирид, тиоридазин, алимемазин, кветиапин) и различные комбинации этих групп препаратов.

При депрессивном ведущем синдроме, не сопровождавшемся тревожными проявлениями, использовались такие антидепрессанты, как флуоксетин, сертралин, циталопрам, агомелатин. Также для этой группы пациентов часто назначались небензодиазепиновые анксиолитики – гидро-

ксизин (атаракс), этифоксин (стрезам), которые дают возможность длительного их применения без риска формирования зависимости в отличие от традиционных транквилизаторов.

*Частота применения различных психотропных препаратов при лечении невротических расстройств в 2008–2009 гг.*

Препарат	Синдром; число пациентов, принимающих препарат					
	тревожный (n = 27)	фобический (n = 29)	обсессивный (n = 5)	астенический (n = 16)	депрессивный (n = 7)	ипохондрический (n = 7)
Бензодиазепины						
Феназепам	7	4		4	1	3
Клоназепам	6	12		5		
Альпразолам	4		1		1	
Реланиум	4					1
Антидепрессанты						
Амитриптилин	2	3				1
Кломипрамин		3	4			
Флуоксетин	3				3	
Пароксетин	11	12	1			
Ципрамил	3			2	2	
Сертралин					2	
Агомелатин	4	5		2		
Дулоксетин						5
Нейролептики						
Сульпирид	4	4	2	3	2	4
Тиоридазин	5	2			2	
Алимемазин	3					1
Кветиапин	7	4	3			
Небензодиазепиновые анксиолики – транквилизаторы						
Атаракс	12	7				1
Стрезам	6	2		3		

Астенический синдром в стадии раздражительной слабости требовал назначения малых доз бензодиазепинов, в том числе и за счет их тропности к вегетативным проявлениям, применения общеукрепляющих, ноотропных препаратов, витаминотерапии. При интенсивных обсессивных проявлениях чаще назначались трициклические антидепрессанты (кломипрамин) и перечисленные выше нейролептики.

Медикаментозная терапия пациентов с выраженными ипохондрическими расстройствами носила полиморфный характер, что обусловлено индивидуальной реакцией на побочные эффекты назначаемого лечения и, при наличии соматоформных проявлений, их особенностями. Учитывая, что в симптоматической картине пациентов с ведущим ипохондрическим синдромом чаще, чем при других состояниях, встречались болевые ощущения, нередко препаратами выбора были дулоксетин в сочетании с бензодиазепинами и малыми дозами нейролептиков.

Практически не встречались пациенты, которым назначалась монотерапия психотропными препаратами (4,8 %). В подавляющем большинстве случаев использовались комбинации нескольких медикаментозных средств, что позволяло воздействовать на различные симптомы-мишени, гибко регулировать дозировки. У ряда пациентов была необходимой смена назначаемой терапии либо в результате резистентности симптоматики к препаратам (17,3 %), либо вследствие возникновения выраженных побочных эффектов (11,5 %).

2-м фактором, имевшим значение для выбора фармакологического лечения, являлась выраженность и длительность клинических проявлений (сопряженность этих характеристик подтверждается значимой корреляционной связью при  $p < 0,01$ ). У пациентов с низкими показателями выраженности клинической симптоматики по шкале общего клинического впечатления (CGI) на стадии острого невротического расстройства в 37,6 % случаев использовалась исключительно психотерапия, без назначения медикаментозных препаратов или кратковременно применялись малые их дозы. Пациенты с затяжным невротическим расстройством и невротическим развитием личности, у которых показатель по этой шкале был 5 баллов и выше, чаще нуждались в своевременном присоединении лекарственной терапии.

3-м фактором, определявшим назначения, являлась внутренняя картина болезни. Так, пациенты с соматоцентрированными представлениями о причинах и характере имеющихся у них нарушений даже при незначительно выраженной симптоматике были ориентированы на использование фармакологического лечения. Категоричный отказ психотерапевта от медикаментозных назначений неизбежно приводил к усилению напряжения в отношениях между врачом и пациентом, росту недовольства у последнего, возникновению конфликтов. В связи с этим представляется оправданной минимальная психотропная терапия, способствующая на первом этапе снижению аффективного напряжения у пациента, возникновению тера-

певтических доверительных отношений, в ходе которых происходит коррекция представлений больного о характере его нарушений, выработка совместной стратегии лечения с учетом основных патогенетических механизмов. Пациенты с психоцентрированной внутренней картиной болезни значительно чаще самостоятельно отказывались от медикаментозного лечения, испытывали к психотропным препаратам настороженное или даже негативное отношение.

Из изучавшейся группы пациентов только 12,5 % получали психотерапию с использованием различных ее методов. Таким образом, современные подходы к лечению пациентов с невротическими расстройствами включают в себя комплексные стратегии с использованием сочетания психотерапевтического и биологического лечения (преимущественно комбинированной терапии психотропными препаратами с минимальным побочным действием), что позволяет получать быстрое улучшение состояния, добиваться уменьшения сроков стационарного периода лечения и в целом большей эффективности лечения.

### *Литература*

1. *Абабков В.А.* Особенности современного патоморфоза неврозов и его значение для развития интегративного подхода в психотерапии / В.А. Абабков // Интегративные аспекты современной психотерапии: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1992. – Т. 131. – С. 81–86.

2. *Аведисова А.С.* Нежелательные явления при фармакотерапии пограничных психических расстройств / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 96–100.

3. *Аведисова А.С.* Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами / А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 92–93.

4. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства) / Ю.А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.

5. *Бабин С.М.* Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) / С.М. Бабин // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – № 2. – С. 17–18.

6. *Банщикова Ф.Р.* Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф.Р. Банщикова // Обозр. психиатрии и мед. психологии имени В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 8–12.

7. *Бородин В.И.* Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы) / В.И. Бородин, Н.В. Миронова, Д.Д. Новиков // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2004. – № 3. – С. 22–25.

8. *Забылина Н.А.* Сравнительная эффективность фармакотерапии и комбинированной терапии больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством невротической природы / Н.А. Забылина, С.В. Полторацк // *Вестн. психотерапии.* – 2010. – № 36 (41). – С. 16–21.

9. *Карвасарский Б.Д.* Невротические и невротоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях / Б.Д. Карвасарский // *Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии : сб. тез. науч.-практ. конф.* – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – С. 6–9.

10. *Карвасарский Б.Д.* Российская психотерапия : задачи и проблемы развития / Б.Д. Карвасарский // *XIV съезд психиатров России : материалы съезда.* – М., 2005. – С. 404.

11. *Arean P.A.* Psychotherapy and combined psychotherapy / pharmacotherapy for late life depression / P.A. Arean, B.L. Cook // *Biol. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 52. – P. 293–303.

12. *Brody H.* Three perspectives on the placebo response: expectancy, conditioning, and meaning / H. Brody, D. Brody // *Adv. Mind Body Med.* – 2000. – Vol. 16. – P. 216–232.

13. *Bull S.A.* Discontinuing of use and switching selective serotonin-reuptake inhibitors / S.A. Bull, X.H. Hu, E.M. Hunkeler // *Ann. Pharmacother.* – 2002. – Vol. 36. – P. 578–584.

14. *Chaplin R.* How can clinicians help patients to take their medications? / R. Chaplin // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

15. Efficacy of typical and atypical antipsychotic for primary and comorbid anxiety symptoms or disorders: a review / K. Gao, D. Muzina, P. Gajwani, J.R. Calabrese // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67, N 9. – P. 1327–1340.

16. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders / J.C. Ispert, P. Carey, Y. Dhansay [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2006. – Vol. 4. – CD005473.

17. *Shapiro A.* The placebo effect in medical and psychological therapies / A. Shapiro, L. Morris // *Handbook of Psychotherapy* / ed. by S. Garfield, A. Bergin. – New York : Wiley, 1978. – P. 369–410.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-07

*А.А. Антоненко*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СЕТИ**

Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова

### **Введение**

Современное общество уже невозможно представить без высоких технологий и, в частности, сети Интернет. С каждым днем влияние сети на повседневную жизнь увеличивается, происходят изменения психологических, социальных и культурных особенностей индивида, формируются новые социальные группы, и все это отражается в современном мире [3]. С каждым годом прибывает количество пользователей, растет число используемых и созданных интернет-ресурсов, в интернет-деятельность вовлекаются все социальные и возрастные слои населения. В отличие от запросов оборонных технологий, которые были ведущими при создании сети Интернет, сейчас его роль является достаточно многоплановой, включая в себя разнообразные виды деятельности, различающиеся по характеру, целям, мотивам [2, 4, 5].

В подростковом возрасте наиболее часто возникают сверхувлеченность Интернетом, в частности массовыми многопользовательскими ролевыми он-лайн играми (MMORPG) и сервисами он-лайн общения [7, 10, 11, 12]. Увлеченность подростков компьютерными играми описана во многих исследованиях [1, 6, 8]. В то же время злоупотребление подростками сервисами он-лайн общения остаются наименее изученными. Явно недостаточно данных о степени выраженности интернет-зависимого поведения при разных формах деятельности в сети, нуждаются в уточнении клинико-психопатологические феномены, сопровождающие данное расстройство.

Целью данного исследования является изучение клинико-психопатологических феноменов у подростков, сопровождающих интернет-зависимое поведение.

### *Материалы и методы*

Обследовали 180 подростков Москвы, учащихся IX–XI классов лицей № 1580 (при Московском государственном техническом университете им. Н.Э. Баумана) и школы № 1950 в возрасте 14–17 лет, средний возраст –  $(15,7 \pm 0,8)$  года. Обобщенную группу составили 90 юношей и 90 девушек.

По результатам первичной диагностики, включающей анкету участника исследования и шкалу интернет-зависимости Чена (CIAS), были сформированы следующие группы:

1-я ( $n = 34$  человека, юноши – 58 %) – с интернет-зависимым поведением от массовых многопользовательских ролевых он-лайн игр;

2-я ( $n = 86$  подростков, юноши – 47 %) – с интернет-зависимым поведением от сервисов он-лайн общения;

3-я ( $n = 60$  человек, юноши – 50 %) – контрольная, со здоровым использованием сети Интернет.

Критериями включения в 1-ю группу подростков были:

- наличие доступа в Интернет в течение последнего года,
- опыт использования Интернета более 1 года;
- время пребывания в Интернете не менее 3 ч/сут;
- низкая социальная активность (отсутствие увлечений вне учебной деятельности, недостаток общения с друзьями вне школы);
- массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры в списке предпочитаемых интернет-ресурсов;
- более 43 баллов по шкале интернет-зависимости Чена.

Критериями включения во 2-ю группу подростков являлись:

- наличие доступа в Интернет в течение последнего года, опыт использования Интернет более 1 года;
- время пребывания в Интернете не менее 3 ч/сут;
- низкая социальная активность (отсутствие увлечений вне учебной деятельности, недостаток общения с друзьями вне школы);
- наличие социальных сетей в списке предпочитаемых Интернет-ресурсов;
- показатели по шкале интернет-зависимости Чена более 43 баллов.

Критериями включения в 3-ю группу подростков были:

- время пребывания в Интернете менее 3 ч/сут;
- высокая социальная активность (расширенный круг увлечений, удовлетворенность частотой встреч с друзьями);
- показатели по шкале интернет-зависимости Чена менее 42 баллов.

Для диагностики выраженности интернет-зависимого поведения в целом, а также в его симптомах использовали:

- анкету участника исследования, разработанную с целью объективного подтверждения интернет-зависимости и выявления предпочитаемых интернет-ресурсов;

- шкалу интернет-зависимости Чена (шкала CIAS в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова), которая включает шкалу общей выраженности интернет-зависимости (CIAS) и 5 оценочных шкал: компульсивных симптомов (Com), симптомов отмены (Wit), толерантности (Tol), внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем (IH), управления временем (TM) [5, 6];

- симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised), включающий 10 шкал: соматизация (Somatization, SOM), обсессивность–компульсивность (Obsessive-Compulsive, O-C), межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity, INT), депрессия (Depression, DEP), тревожность (Anxiety, ANX), враждебность (Hostility, HOS), фобическая тревожность (Phobic Anxiety, PHOB), паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation, PAR), психотизм (Psychoticism, PSY), общий индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI).

Результаты исследования проверены на нормальность распределения. Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 17.0 и ExcelXP (Microsoft 2007).

### ***Результаты и их анализ***

Выявлены различия между тремя группами по шкале интернет-зависимости Чена (табл. 1). Подростки 1-й группы по сравнению с подростками 2-й группы показывают статистически значимую ( $p < 0,05$ ) более высокую степень выраженности как общего показателя интернет-зависимого поведения (шкала CIAS), так и по отдельным шкалам теста (Tol, TM, IA-Sym, IA-RP) (см. табл. 1). В то же время подростки 1-й и 2-й групп отмечают примерно одинаковый уровень как компульсивных симптомов (шкала Com) влечения, так и симптомов отмены (шкала Wit).



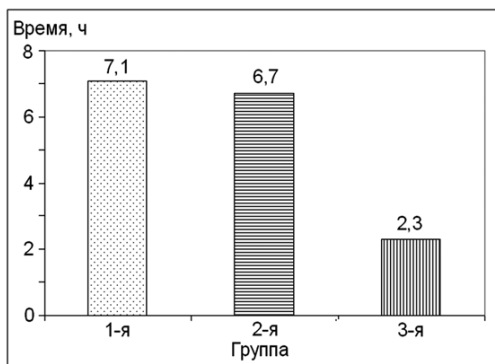
*Таблица 1*

*Выраженность симптомов интернет-зависимого поведения  
по шкале Чена, балл (M ± m)*

Шкала	Группа			p < 0,05
	1-я	2-я	3-я	
Общий показатель (CIAS)	55,1 ± 8,1	50,7 ± 5,1	34,8 ± 4,8	1/3; 1/2; 2/3
Компульсивных симптомов (Com)	14,2 ± 4,0	15,8 ± 2,1	6,1 ± 1,3	1/3; 2/3
Симптомов отмены (Wit)	10,2 ± 3,5	10,9 ± 2,1	7,7 ± 2,2	1/3; 2/3
Толерантности (Tol)	8,2 ± 2,3	6,6 ± 1,9	5,7 ± 1,6	1/3; 2/3
Внутриличностных проблем (ИП)	12,3 ± 4,2	13,6 ± 3,3	8,5 ± 1,8	1/3; 2/3
Управления временем (ТМ)	13,4 ± 3,9	12,8 ± 2,8	6,8 ± 1,4	1/3; 2/3
Ключевых симптомов интернет-зависимости (IA-Sym)	34,6 ± 7,6	27,9 ± 3,9	19,6 ± 3,9	1/3; 2/3
Проблем, связанные с интернет-зависимостью (IA-RP)	26,4 ± 7,3	22,8 ± 5,0	15,2 ± 2,6	1/3; 2/3

Подросткам 1-й группы постоянно приходится увеличивать время и интенсивность игры (шкалы ТМ и IA-Sym) для получения удовлетворения процессом. Подросткам же 2-й группы в большей степени важно поддерживать количество и интенсивность общения на определенном уровне (шкала TOL). Так, подростки 1-й группы сравнительно чаще, чем подростки 2-й группы, отмечают такие симптомы, как увеличение времени, проведенного за компьютером, периодически спят меньше 4 ч из-за компьютера, все чаще выходят в Интернет вместо реальной встречи с друзьями, нарушают режим питания, переживают или расстраиваются, если приходится прекратить пользоваться Интернетом на определенный период времени (шкала IA-Sym). Подростки 2-й группы сравнительно чаще отмечают такие симптомы, как беспокойство и раздражение, когда Интернет отключен или недоступен, потребность выйти в Интернет при каждом удобном случае, увеличение количества времени и сил, затраченного на этот тип деятельности, снижение социальной активности (шкала CIAS).

Анализ анкеты участника исследования, разработанной с целью объективного подтверждения интернет-зависимости и выявления предпочитаемых интернет-ресурсов, показал, что у подростков с интернет-зависимым поведением существенно снижена дополнительная, помимо школы, социальная активность.



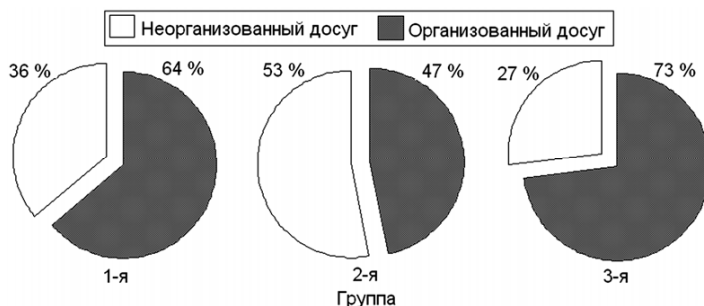
*Рис. 1. Время, проводимое подростками в Интернете*

Следует отметить, что по результатам анкеты, подросток, который играет в игры, в среднем проводит 4–6 ч именно в игре или нескольких играх, но оставшееся свободное время все равно находится в Интернете, например в поиске определенной информации или обсуждения игровых процессов. Особенно это свойственно тем, для кого игры является еще и дополнительной площадкой социальных взаимодействий, кто является членом игровой группы или клана, предъявляющих определенные требования к количеству времени и усилий, потраченным игроком на внутриклановые операции.

У подростков 2-й группы время, затраченное контрпродуктивно, намного сложнее, ибо общение в социальных сетях, форумах и т. п. происходит чаще всего перманентно и с возможностью переключать деятельность. Даже делая уроки, читая книгу или занимаясь творчеством, подросток постоянно отвлекается, чтобы ответить на сообщения или проверить новости в социальных сетях. Учитывая распространенность смартфонов, планшетов и других мобильных устройств с постоянным доступом в сеть, остается мало видов деятельности, при которой нет возможности выйти в Интернет. Некоторые подростки при беседе отмечали: они просыпаются ночью для того, чтобы отправить или прочитать сообщения, после чего опять засыпают.

В анкете также учитывалось, посещает ли подросток, помимо школы, кружки, секции, учреждения дополнительного образования, музыкальные либо спортивные школы, клубы по интересам, студии творчества либо имеет хобби, которое требует достаточного количества времени. Так, в 3-й группе подростков дополнительную социальную активность имеют 44 человека (73 %). Среди подростков 2-й группы 41 человек (47 %) имели дополнительные занятия.

Напротив, подростки 1-й группы показывают противоположные результаты – лишь 12 человек (36 %) проявляют дополнительную социальную активность. Подростки 1-й группы в меньшей степени способны регулировать и организовывать свой досуг и также в меньшей степени заинтересованы в его наличии. Большинство подростков на вопрос «Что Вы делаете в свободное время?» указывают такие варианты ответа, как: сплю, играю в компьютер, слушаю музыку, бренчу на гитаре, занимаюсь ерундой.



*Рис. 2. Проведение досуга подростками*

Таким образом, полученные данные могут свидетельствовать о более злокачественном (прогрессирующем) типе зависимого поведения от массовых многопользовательских ролевых он-лайн игр по сравнению с увлеченностью сервисами он-лайн общения, где подростки скорее пробуют свои навыки в межличностном общении, подготавливая себя к реальным контактам в социуме.

Одной из целей нашего исследования являлось уточнение психопатологических проявлений интернет-зависимого поведения. Исследование клинических проявлений интернет-зависимого поведения в изучаемых группах показало, что отмечаются значимые различия по опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Выявлено, что у подростков 1-й группы достоверно более выражены показатели тревожности по сравнению с подростками 2-й группы (см. табл. 2). У подростков 1-й группы отмечаются повышенная утомляемость, впечатлительность, склонность к проявлению симптоматики тревожно-депрессивного спектра. У них выражены такие психопатологические симптомы, как снижение аппетита, хандра, пониженное настроение, чувство одиночества, затруднения в сосредоточении, ощущение неловкости, когда люди наблюдают за ними, периодические порывы ломать или крушить

что-либо ради разрядки накопившихся чувств и энергии, что сочетается с полученными результатами о выраженности у игроков астено-невротической акцентуации.

*Таблица 2*  
*Выраженность психопатологических симптомов по SCL-90-R, балл (M ± t)*

Психопатологический симптом	Группа			p <		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
SOM	0,6 ± 0,1	0,5 ± 0,0	0,5 ± 0,1			
O-C	1,0 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,8 ± 0,1			
INT	1,0 ± 0,0	0,9 ± 0,1	0,8 ± 0,0		0,05	0,05
DEP	1,2 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,05	0,05	0,05
ANX	1,3 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,5 ± 0,0	0,05	0,05	0,05
HOS	0,9 ± 0,1	1,1 ± 0,2	0,5 ± 0,0	0,05	0,05	0,05
PHOB	0,3 ± 0,0	0,3 ± 0,2	0,2 ± 0,0			
PAR	0,5 ± 0,0	0,5 ± 0,3	0,4 ± 0,0			
PSY	0,3 ± 0,0	0,3 ± 0,0	0,2 ± 0,0			
PSDI	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,2	1,4 ± 0,5		0,05	0,05

Подростки 2-й группы в большей степени отмечали симптомы, связанные с социумом, т. е. чувство одиночества, неловкость, когда люди наблюдают за ними, ощущение, что люди не понимают и не сочувствуют им, досаду и раздражение, ощущение, что что-то мешает сделать что-либо, ощущение себя хуже других (см. табл. 2).

В то же время подростки 2-й группы проявляют большую враждебность и агрессивность, направленную именно в социум, такой манящий и такой пугающий. Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. Они раздражаются и пытаются выплеснуть свой гнев и негодование на окружающую действительность и социум. Высокие показатели по шкале враждебности говорят о том, что подростки 2-й группы как раз больше проявляют агрессии (см. табл. 2).

Возможность анонимности сильно привлекает таких подростков, так как существует вероятность избежать социального неодобрения за проявленную агрессию. В подростковой среде интернет-общения считается «крутым» использовать ненормативную лексику, намеренно оскорблять знакомых и незнакомых людей, образ «интернет-тролля» возведен в культ. Социальные сети дают большое пространство именно для выражения сво-

ей агрессии. В сети очень сильно тиражируется и популяризируется образ социопата. Также у подростков с интернет-зависимым поведением, по сравнению с подростками 3-й группы, гораздо сильнее выражен уровень дистресса и общей фрустрации.

### *Заключение*

Таким образом, подростки, предпочитающие игры, показывают достоверно более высокую степень интернет-зависимого поведения, что выражается затруднением в управлении своим временем, более быстрым ростом толерантности, а также отдельными ключевыми симптомами интернет-зависимости и степени выраженности дезадаптации по опроснику Чена. В свою очередь подростки, предпочитающие сервисы он-лайн общения, демонстрируют более высокие показатели по шкалам симптомов отмены и компульсивности опросника Чена. Полученные данные могут свидетельствовать о сравнительно большей аддиктогенности массовых многопользовательских ролевых он-лайн игр по сравнению с увлеченностью сервисами он-лайн общения, где подростки скорее пробуют свои навыки в межличностном общении, подготавливая себя к реальным контактам в социуме.

Особенности клинико-психопатологических феноменов интернет-зависимого поведения проявляются в том, что подросткам, предпочитающими сервисы он-лайн общения по сравнению с подростками, предпочитающими массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры, в большей степени свойственны тревожная симптоматика и более высокий уровень враждебности, что, возможно, обусловлено самим характером действий на форумах, в частности высоким уровнем конфликтности. Для подростков, предпочитающих массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры, более свойственна астеническая и депрессивная симптоматика, что может указывать на более патогенный характер воздействий многопользовательских он-лайн игр. Также у подростков с интернет-зависимым поведением по сравнению с подростками контрольной группы гораздо сильнее выражен уровень дистресса и общей фрустрации.

### *Литература*

1. *Бурлаков И.В.* HomoGamer: психология компьютерных игр / И.В. Бурлаков. – М. : Класс, 2000. – 144 с.
2. *Войскунский А.Е.* Интернет – новая область исследований в психологической науке / А.Е. Войскунский // Учен. Зап. кафедры общей пси-

хологии МГУ / под общ. ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – Вып. 1. – С. 82–101.

3. *Войскунский А.Е.* Психология и Интернет / А.Е. Войскунский. – М. : Акрополь, 2010. – 440 с.

4. *Егоров А.Ю.* Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью / А.Ю. Егоров, Н.А. Кузнецова, Е.А. Петрова // *Вопр. психич. здоровья детей и подростков* – 2005 – Т. 5, № 2 – С. 20–27.

5. Интернет-зависимое поведение у подростков: клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Е.А. Смирнова, Н.С. Хомерики. – М. : Мнемозина, 2010. – 136 с.

6. Интернет-зависимое поведение: критерии и методы диагностики : учеб. пособие / сост. и ред. В.Л. Малыгин. – М. : МГМСУ, 2011. – 33 с.

7. *Колотилова И.В.* Индивидуально-психологические характеристики подростков, увлеченных ролевыми компьютерными играми: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Колотилова И.В. – М., 2009. – 22 с.

8. *Литвиненко О.В.* Психологические детерминанты компьютерной игровой зависимости о особенности ее профилактики : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Литвиненко О.В. – СПб., 2008. – 24 с.

9. Международная классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mkb-10.com>.

10. *Рыбников В.Ю.* Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко, В.А. Юренкова // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях*. – 2008. – № 4. – С. 72–76.

11. *Рыженко С.К.* Особенности переживания фрустрирующих ситуаций в процессе игровой компьютерной деятельности младшими подростками с различной степенью игровой компьютерной активности / С.К. Рыженко // *Письма в Эмиссия. Оффлайн = The Emissia. Offline Letters: электрон. науч. журн.* – 2009. – № 1. – С. 1302.

12. *Урсу А.В.* Сверхценное увлечение компьютерными играми детей и подростков: распространенность и клиничко-психопатологические проявления : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Урсу А.В. – М., 2012. – 21 с.

13. *Lenihan F.* Computer addiction – a skeptical view / F. Lenihan // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – N 13. – P. 31–33.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ (1993–2012 гг.)**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

### ***Введение***

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2006 г. мире насчитывалось 59 млн 200 тыс. кадровых медицинских работников. Отношение численности среднего и младшего медицинского персонала к количеству врачей варьируется в широких пределах: в Африке – 8 : 1; в Канаде, США – 4 : 1; в Мексике, Перу, Сальвадоре и Чили 1 : 1. Налицо явная диспропорция в составе по гендерному признаку: обычно более 70 % врачей – мужчины, а более 70 % среднего и младшего медицинского персонала – женщины [29].

В 2010 г. в здравоохранении и сфере предоставления социальных услуг в России работало 4 млн 621 тыс. человек, из них 716 тыс. врачей и 1 млн 509 тыс. среднего медицинского персонала [2]. Соотношение медсестра – врач в России уменьшается, в 2000 г. этот показатель составлял 2,3 : 1, в 2005 г. – 2,2 : 1, в 2010 г. – 2,1 : 1.

По данным ВОЗ, 57 стран мира испытывают критическую нехватку медицинских работников, которая на глобальном уровне составляет 2,4 млн врачей, медсестер и акушерок. Наблюдается явная диспропорция территориального и глобального распределения медицинских работников. Если в Американском регионе ВОЗ, на который приходится 10 % мирового бремени болезней, работают 37 % от общей численности работников здравоохранения и тратится более 50 % общемировых финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, то в Африканском регионе, на который приходится 24 % бремени глобальных болезней, работают только 3 % от общей численности медико-санитарных работников, в распоряжении которых находится менее 1 % средств, выделяемых на цели покрытия медицинских расходов в мире. Скорее всего, этот кризис в ближайшие годы будет углубляться.

Многим медикам приходится работать в тяжелейших условиях: при нищенской заработной плате, отсутствии поддержки со стороны руководства, недостаточном признании в обществе и при слабых возможностях служебного роста. Работники системы здравоохранения во всем мире вынуждены все чаще и чаще работать в состоянии стресса и отсутствия безопасности. Проявления профессионального выгорания (ПВ) у врачей, медицинских сестер и других специалистов социальных профессий известны очень давно. Неслучайно девизом врачей средневековья было выражение «Светя другим, сгораю сам».

«Синдром выгорания» – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению. В Международной классификации болезней и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание» (burnout).

Изучение детерминант ПВ позволило сформировать его концептуальные модели (рис. 1). Подробный генезис ПВ у специалистов представлен в отечественной монографии [3]. Согласно однофакторной модели, ПВ – это проявления синдрома хронической усталости – состояние физического, психического и прежде всего эмоционального истощения, возникающего в результате длительного пребывания в эмоционально перегруженных ситуациях общения. В данном случае истощение рассматривается в качестве причины ПВ, а остальные (например, эмоциональная черствость и дисгармония поведения) – следствия [24].

Эмоциональное истощение проявляется психическим утомлением, усталостью, эмоциональной опустошенностью, симптомами депрессии. Вначале наблюдается эмоциональное перенасыщение, сопровождающееся эмоциональными срывами, агрессивными реакциями, вспышками гнева, впоследствии оно сменяется снижением эмоциональных ресурсов, утратой эмоционального интереса к окружающей действительности.

Ученые из Голландии D. van Dierendonck, W.B. Schaufeli и соавт. [10, 26], исследуя ПВ у медицинских сестер, выявили аффективный компонент, связанный с наличием жалоб на физическое самочувствие, нервное напряжение и эмоциональное истощение, и компонент, характеризующий изменение отношения к самому себе или пациентам. Анализ результатов исследе-



дования позволил представить профессиональное выгорание в виде двухфакторной модели (эмоциональное истощение + деперсонализация) (см. рис. 1).



Рис. 1. Концептуальные модели профессионального выгорания

Под деперсонализацией понимается дегуманизация (обесценивание) межличностных отношений, негативизм, циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей. У индивида появляются скрытые или явные негативные установки, возрастают обезличенность и формальность контактов, отмечаются частые вспышки раздражения и конфликтные ситуации. Для всех характеристик деперсонализации важна утрата эмоционального компонента психических процессов (потеря чувств к близким людям, снижение эмпатии – отзывчивости, соучастия).

Эта расшифровка понятия деперсонализации (франц. *dépersonnalisation*) отличается от определения, принятого в отечественной психиатрии – психопатическое расстройство самосознания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов (мыслей, представлений, воспоминаний, отношений к окружающему миру), осознаваемое или болезненно переживаемое самим больным [1]. Возможно, это произошло из-за несогласованного перевода термина.

C. Maslach и S.E. Jackson (1981) создали трехфакторную модель ПВ [18, 19]. ПВ стали рассматривать в совокупности выраженности: 1) эмоционального истощения (ЭИ); 2) деперсонализации (Д); 3) редукции личных достижений (РЛД) (см. рис. 1). Этой модели ПВ придерживаются и авторы этой статьи.

В настоящее время не вызывает сомнений валидность и надежность опросника оценки ПВ «Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). В обзорной статье [27] проведена факторная валидность данных опросника в 8 разных профессиональных группах Норвегии (юристы, врачи, медицинские сестры, учителя, священники, водители автобуса, сотрудники компьютерных и рекламных компаний – n = 5024). Оказалось также, что анализ результатов в рамках 3-факторной модели ПВ давал явно лучшие результаты, чем в 1- и 2-факторных моделях.

Многие исследователи представляют ПВ в виде адаптационного процесса по фазам напряжения, резистенции и истощения, созвучными с фазами общего адаптационного синдрома (стресса) к стрессогенным факторам умеренной интенсивности. Обобщенно факторы, приводящие к развитию ПВ, относят к личностным, ситуативным и профессиональным. На рис. 2 представлена структурно-процессуальная схема развития ПВ.

С переходом функциональных резервов организма в новую фазу общего адаптационного синдрома обнаруживаются более тесные связи проявлений эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений и уровня выраженности указанных структурных компонентов ПВ.

Цель настоящего исследования – провести анализ мирового потока журнальных публикаций в сфере ПВ и оценить национальные особенности ПВ у среднего медицинского персонала.

Наиболее авторитетными мировыми реферативно-библиографическими базами данных (БД) считаются Web of Knowledge компании «Thomson Reuters» и Scopus компании «Elsevier». Обе эти базы данных коммерческие – доступ к ним производится по подписке на платной основе.

Web of Knowledge (ранее – Институт научной информации, ISI) состоит из междисциплинарных и узкоспециализированных баз данных, которые представляют книги, материалы конференций, патенты, электронные публикации, препринты, сведения о грантах. База данных содержит более 50 млн публикаций из 12,5 тыс. научных журналов и более 12 тыс. научных конференций. Самый известный контент компании – Web of Science (WoS).

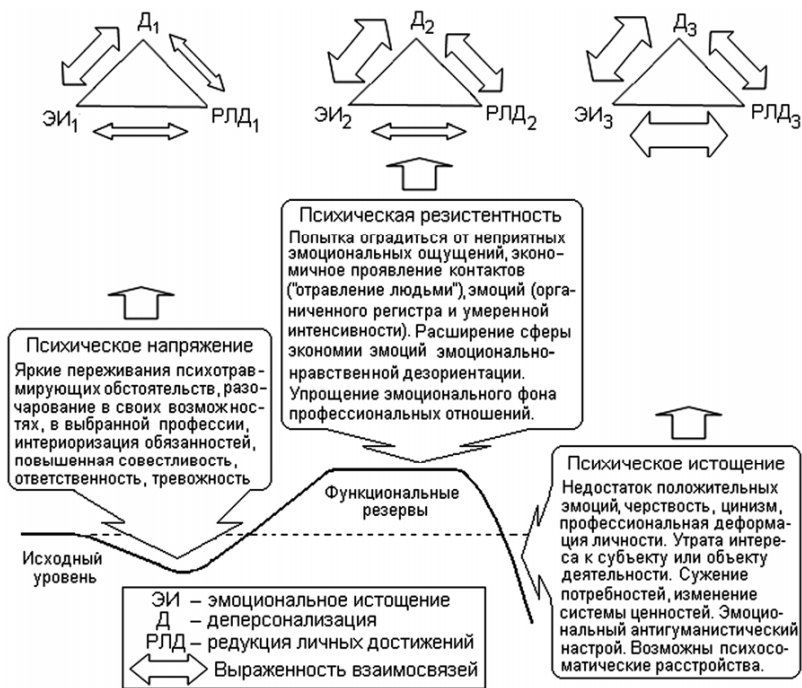


Рис. 2. Структурно-процессуальная модель ПВ (адаптировано по [5])

Scopus создан в 2004 г. и настоящее время содержит 51,6 млн библиографических записей публикаций. Условно массив делится на 2 части: до 1996 г. – 21,3 млн документов и после 1996 г. (включая этот год) – 30,3 млн документов. Ежегодно в Scopus добавляется 2 млн документов и индексируется 21 750 журналов, из которых 20 698 являются рецензируемыми. Некоторые исследования показывают, что широта охвата публикаций в Scopus на 20 % больше, чем в WoS [7].

### Материалы и методы

При поиске мирового массива журнальных публикаций в сфере профессионального выгорания использовали БД Scopus (<http://www.scopus.com>). Применили поисковое слово «burnout» (выгорание), поисковый режим «Title – Abstract – Keywords» (название статьи – реферат – ключевые слова) и 20-летний период (с 1993 по 2012 г.). Поиск позволил выявить 12 247 публикаций.

SciVerse | Hub | ScienceDirect | Scopus | Applications  
 Brought to you by Scientific Library of St Petersburg State University

Search | Sources | Analytics | Alerts | My list | Settings

**Document search** | Author search | Affiliation search | Advanced search

Search for:  in

Limit to:

Date Range (inclusive)  to

Document Type

Subject Areas  Life Sciences (> 4,300 titles.)  Physical Sciences (> 7,200 titles.)  
 Health Sciences (> 6,800 titles. 100% Medline coverage)  Social Sciences & Humanities (> 5,000 titles.)

Your query: TITLE-ABS-KEY(burnout nurse) AND PUBYEAR > 1992 AND PUBYEAR < 2013

2,775 document results |  |

|  |  |  |

Document title	Author(s)	Date	Source title	Cited by
<input type="checkbox"/> <b>Burnout in critical care nurses: a literature review.</b>	Epp, K.	2012	<i>Dynamics (Pembroke, Ont.)</i> 23 (4), pp. 25-31	0
<input type="checkbox"/> <b>Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland</b>	Kalicińska, M., Chylińska, J., Wilczek-Rózczyka, E.	2012	<i>International Journal of Nursing Practice</i> 18 (6), pp. 603-610	0

International Journal of Nursing Practice  
 Volume 18, Issue 6, December 2012, Pages 595-603

**Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland**

Kalicińska, M. <sup>a</sup>, Chylińska, J. <sup>b</sup>, Wilczek-Rózczyka, E. <sup>c</sup>

<sup>a</sup> School of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland  
<sup>b</sup> Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland  
<sup>c</sup> Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Krakow, Poland

Abstract

This study was conducted to determine the relationship between burnout and dying situation. A total sample of 117 hospice nurses and midwives with high superiors' support. However, hospice support significantly predicted burnout only in case of midwives. This would be especially important for maternity wards, where enhancing support is essential.

Author keywords

**PROFESSIONAL BURNOUT**

*Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland*

Małgorzata Kalicińska, Joanna Chylińska, Ewa Wilczek-Rózczyka

Journal of Nursing Practice, 18(6), 2012, pp. 603-610

doi:10.1016/j.npr.2012.08.005

This study was conducted to determine the relationship between burnout and dying situation. A total sample of 117 hospice nurses and midwives with high superiors' support. However, hospice support significantly predicted burnout only in case of midwives. This would be especially important for maternity wards, where enhancing support is essential.

**KEYWORDS:** burnout, hospice, midwives, nurses, social support, workplace

Рис. 3. Поиск публикаций в сфере ПВ среднего медицинского персонала в Scopus (на 02.08.2013 г.)

При поисковом словосочетании «burnout nurse» (выгорание и медсестра) было найдено 2775 публикаций (рис. 3, п. 1). Можно было провести поиск и другим способом. После вывода общего массива публикаций по ПВ использовать опцию «Искать в найденном», но в этом случае поиск

будет проведен в поисковом режиме «Везде»: ключевые слова будут искаяться и в названии журналов, и в названии учреждений, фамилиях авторов и т. д., что, несомненно, увеличит так называемый поисковый шум.

Найденные публикации выводили на экран порциями по 20 документов (при необходимости порции можно увеличить до 100 документов). Это окно содержало полное библиографическое описание (см. рис. 3, п.2): название документа, автора(ов), название журнала и выходные данные (год, том, номер, страницы от и до). Если указан том журнала, то номер выпуска указывается в круглых скобках. Имеется опция, позволяющая узнать количество цитирований, которая получила статью. Активировав название статьи, переходили в окно цитатных сведений (см. рис. 3, п. 3), в котором были представлены реферат, ключевые слова, название учреждений и список процитированных в статье публикаций. Гипертекстовые ссылки позволяли перейти на электронную версию журнала и познакомиться с полным содержанием статьи (рис. 3, п. 4).

Опция «Analyze results» в автоматическом режиме проводит группировку найденного массива статей по году издания, принадлежности к журналу, автору, учреждению, стране, типу публикации и отрасли научных знаний (рис. 4).

Например, активировав опцию «Source title», выводили список журналов, которые издали наибольшее количество публикаций (см. рис. 4, п. 1). В автоматизированном режиме строились графики публикационной активности журналов и, активировав название журнала, переходили на страницу наукометрических показателей журнала.

Активировав опцию «Author name», открывали список авторов, издавших наибольшее количество статей в сфере ПВ медицинских сестер (см. рис. 4, п. 2). Опция «Document type» показывала структуру типа публикаций (см. рис. 4, п. 3).

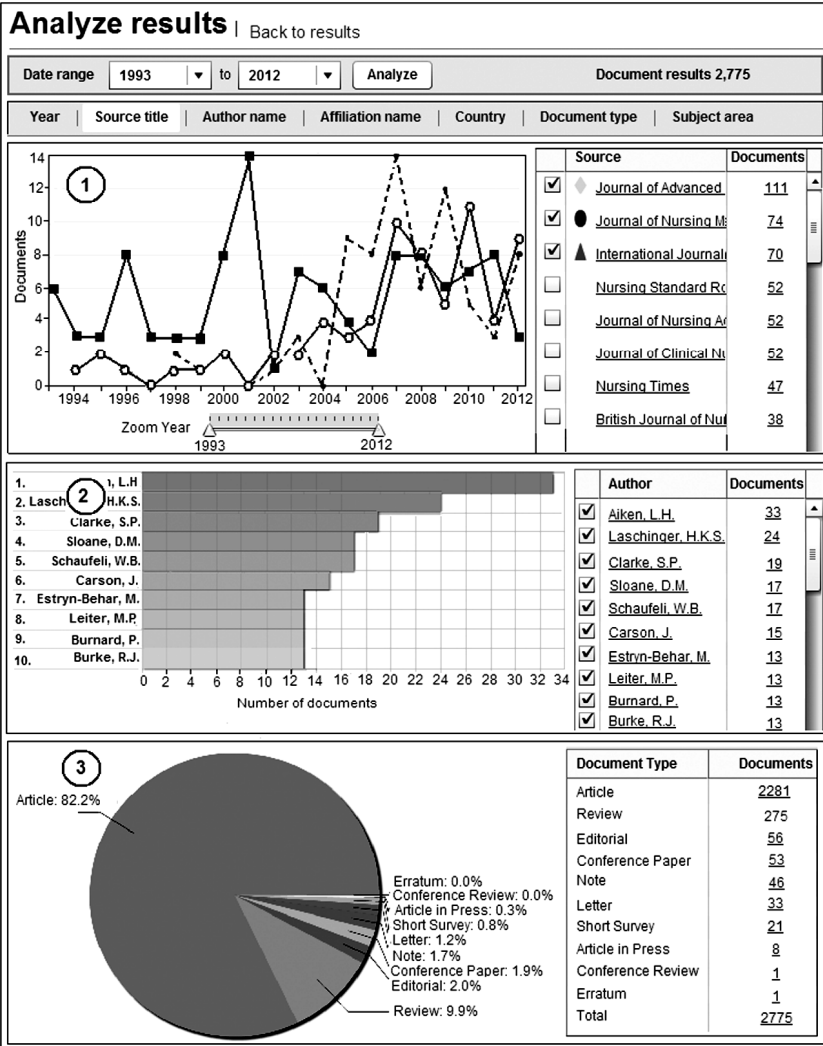


Рис. 4. Алгоритм проведения анализа публикаций в Scopus (на 02.08.2013 г.)

Основу наукометрических исследований составляют количественные показатели – наукометрические индексы, которые отражают состояние науки в целом или отдельных ее областей. В статье использовали:

- индекс Хирша, обобщенный показатель продуктивности ученого (журнала, учреждения, страны) и востребованности научных публикаций;
- 5-летний импакт-фактор (Impact Factor) – отношение числа ссылок, которые статьи журнала получили в текущем году, на статьи, опубликованные в этом журнале за 5 предыдущих лет, к числу статей, опубликованных в этом же журнале за эти же 5 предыдущих лет;
- индекс престижа журнала по версии SCImago Journal Rank (SJR) – мера научного влияния журнала, который учитывает как число цитирований, полученных журналом, так и важность или «престиж» журналов, в которых были приведены эти цитаты [8, 13];
- индекс потенциала цитирования (Source normalized impact per paper, SNIP), который учитывает цитирование «индивидуальной области науки» журнала [20].

### ***Результаты и их анализ***

Динамика мировых публикаций в сфере ПВ представлена на рис. 5. В среднем в мире ежегодно издавались по  $(612 \pm 63)$  публикации в сфере ПВ, в том числе по  $(139 \pm 12)$  публикаций по ПВ среднего медицинского персонала, которые составили  $(23,5 \pm 0,8)$  % общего массива изданий по ПВ. Полиномиальные ряды динамики публикаций при высоких коэффициентах детерминации (для общего массива ПВ –  $R^2 = 0,98$ , для массива публикаций ПВ медсестер –  $R^2 = 0,87$ ) показывают их статистически значимый рост, что характеризует не снижающийся интерес у исследователей к проблеме ПВ специалистов.

Анализ публикаций в сфере ПВ среднего медицинского персонала по типу показал, что научных статей в журналах было 2283 (82,2 %) обзоров – 276 (10,7 %), материалов конференций, съездов, симпозиумов – 53 (1,9 %) (рис. 6). В списке литературы представлены библиографические записи некоторых обзорных статей.

Наибольшее количество публикаций содержали результаты исследований по методологии и методике оказания помощи пациентам (36,6 %) и организации медицины и здравоохранения (35,7 %). Психологические проблемы профессионального выгорания у среднего медицинского персонала отражены в 5,7 % изданий, социологические – в 5,2 %. (см. рис. 6).

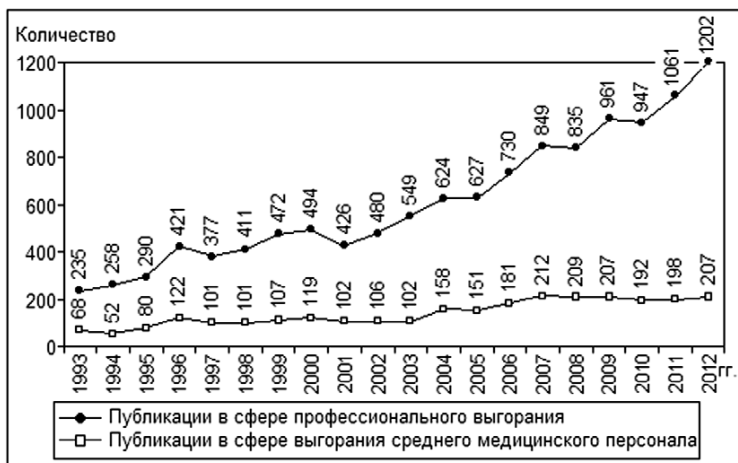


Рис. 5. Динамика мирового массива публикаций в сфере ПВ (на 02.08.2013 г.)

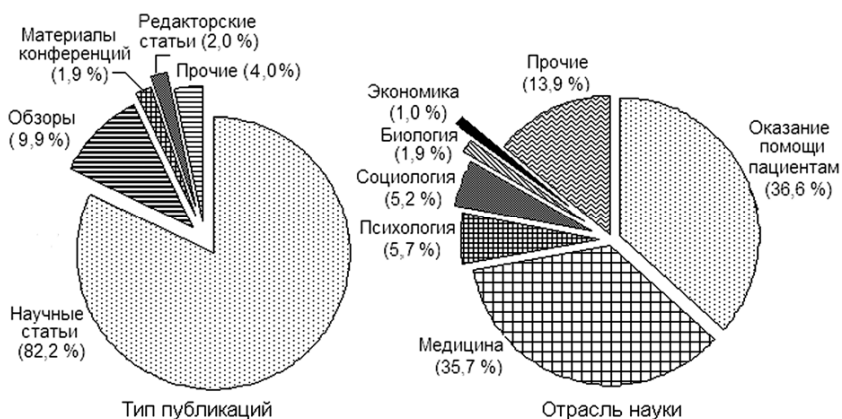


Рис. 6. Тип публикаций (слева), отрасли исследований (справа) в мировом массиве изданий по ПВ у среднего медицинского персонала (на 02.08.2013 г.)

Уместно заметить, что довольно много публикаций (13,9 %) имели ярко выраженный междисциплинарный характер и не могли быть отнесены к какой-то определенной отрасли знаний, что вполне согласуется с мнением отечественных ученых [4].

В табл. 1 представлен рейтинг 16 стран, издавших наибольшее количество публикаций в 1993–2012 гг. по ПВ у среднего медицинского персо-



нала. Оказалось, что этим 16 ведущим странам принадлежит около 55 % изданий. Из табл. 2 видно, что ученые из США, Великобритании и Канады выпустили в свет соответственно 17, 7 и 6 % интересующих нас публикаций.

*Таблица 1*  
*Страны, авторы которых издали наибольшее количество публикаций по ПВ у среднего медицинского персонала*

Место	Страна	Число статей	%	Место	Страна	Число статей	%
1-е	США	469	16,9	9-е	Германия	62	2,2
2-е	Великобритания	193	7,0	10-е	Япония	55	2,0
3-е	Канада	167	6,0	11-е	Франция	47	1,7
4-е	Австралия	105	3,8	12-е	Турция	46	1,7
5-е	Швеция	79	2,9	13-е	Тайвань	31	1,1
6-е	Нидерланды	73	2,6	14-е	Бразилия	29	1,0
7-е	Италия	65	2,3	15-е	Израиль	28	1,0
8-е	Испания	65	2,3	16-е	Норвегия	28	1,0

В базе данных Scopus с Россией связана только одна публикация [Weinstein S.M. Enhancing nurse-physician collaboration: A staffing innovation (Short Survey) / S.M. Weinstein, S. Antonova, Goryunova // J. of Nursing Administration. 2003. Vol. 33, Issue 4. P. 193–195.], подготовленная совместно с автором из США.

В табл. 2 представлен рейтинг 15 авторов, издавших наибольшее количество публикаций за 20 лет (1993–2012 гг.) по ПВ у среднего медицинского персонала. Следует отметить, что в среднем авторы издавали небольшое количество статей (ежегодно по 1-2), но они имели высокий индекс Хирша, который может свидетельствовать о высокой научной значимости издаваемых ими публикаций и высоком уровне цитирования (научной значимости) их статей.

Сведения, представленные в табл. 2–4 дают возможность пользователям проводить более целенаправленный информационный поиск публикаций по ПВ у среднего медицинского персонала.

В табл. 3 представлен рейтинг 15 журналов, издавших наибольшее количество статей в 1993–2012 гг. по ПВ у среднего медицинского персонала. Международный номер сериального издания (ISSN) поможет пользователям при поиске журнала в электронных базах данных, второй ISSN – это электронная версия журнала. У 11 из 15 журналов страной регистрации является Великобритания.

Таблица 2

Авторы, издавшие наибольшее количество публикаций  
по ПВ у среднего медицинского персонала

Место	Фамилия, имя автора	Название учреждения (город, страна)	Число статей в сфере ПВ	Индекс Хирша	Общее число публикаций
1-е	Aiken, Linda H.	University of Pennsylvania, Center for Health Outcomes and Policy Research (г. Филадельфия, шт. Калифорния, США)	33	38	218
2-е	Laschinger, Heather K. Spence	Western University, Arthur Labatt Family School of Nursing (г. Лондон, Онтарио, Канада)	24	27	107
3-е	Clarke, Sean Patrick	McGill University, Faculty of Medicine (г. Монреаль, Канада)	19	24	103
4-е	Sloane, Douglas M.	University of Pennsylvania, Center for Health Outcomes and Policy Research (г. Филадельфия, шт. Калифорния, США)	17	27	55
5-е	Schaufeli, Wilmar B.	Utrecht University, Department of Social and Organizational Psychology (г. Утрехт, Нидерланды)	17	53	196
6-е	Carson, Jerome L.	University of Bolton, Department of Psychology (г. Болтон, Великобритания)	16	13	100
7-е	Estryn-Béhar, Madeleine	AP-HP Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (г. Париж, Франция)	13	11	113
8-е	Leiter, Michael P.	Acadia University, Department of Psychology (г. Вулфвилле, Новая Шотландия, Канада)	13	19	53
9-е	Burnard, Philip	Cardiff University, School of Nursing and Midwifery Studies, (г. Кардифф, Великобритания)	13	17	250
10-е	Burke, Ronald J.	York University, Schulich School of Business (г. Торонто, Канада)	13	23	245
11-е	Spence Laschinger, Heather K.	Western University, Arthur Labatt Family School of Nursing (г. Лондон, Онтарио, Канада)	12	18	56
12-е	Hasselhorn, Hans Martin	Bergische Universität Wuppertal (г. Вуппергаль, Германия)	11	18	74
13-е	Coyle, Dave	University of Chester, Department of Mental Health and Learning Disabilities (г. Честер, Великобритания)	10	11	22
14-е	Fothergill, Anne	University of Glamorgan, Faculty of Health, Sport and Science (г. Понтипридд, Уэльс, Великобритания)	10	10	21
15-е	Wright, Stephen G.	Sacred Space Foundation	10	36	255

Таблица 3

*Журналы, издавшие наибольшее количество публикаций  
ПВ у среднего медицинского персонала*

Место	Название	ISSN	Период издания	Импакт-фактор	SJR	SNIP	Н-индекс	Число статей по ПВ
1-е	Journal of Advanced Nursing (Великобритания)	0309-2402; 1365-2648	1976–	1,842	0,842	1,461	82	111
2-е	Journal of Nursing Management (Великобритания)	0966-0429; 1365-2834	1993–	1,498	0,807	1,179	31	74
3-е	International Journal of Nursing Studies (Великобритания)	0020-7489	1963–	2,418	0,878	1,468	41	70
4-е	Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) (Великобритания)	0029-6570	1987–	0,123	0,135	–	26	52
5-е	Journal of Nursing Administration (США)	0002-0443; 1539-0721	1971–	1,297	0,937	1,313	48	52
6-е	Journal of Clinical Nursing (Великобритания)	1365-2702; 0962-1067	1994–	1,419	0,606	1,044	48	52
7-е	Nursing Times (Великобритания)	0954-7762	1947– 1951; 1961–	0,159	0,128	–	16	47
8-е	British Journal of Nursing (Великобритания)	0966-0461	1992–	0,611	0,244	0,499	24	38
9-е	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (Великобритания)	1365-2850; 1351-0126	1994–	0,951	0,426	0,840	32	36
10-е	Nursing Management (Великобритания)	1354-5760	1994–	0,169	0,142	–	9	32
11-е	Nursing Ethics (Великобритания)	0969-7330; 1477-0989	1994–	0,945	0,452	0,938	27	31
12-е	Nursing and Health Sciences (Великобритания)	1441-0745; 1442-2018	1999; 2001–	0,873	0,354	0,599	22	22
13-е	American Journal of Nursing (США)	0002-936X; 1538-7488	1945–	0,560	0,215	0,728	28	21
14-е	Practising Midwife (Нидерланды)	1461-3123	1998–	0,049	0,103	0,095	8	20
15-е	Journal of Professional Nursing	8755-7223	1985–	1,202	0,686	1,286	28	20

Средний 5-летний импакт-фактор журналов за 2011 г., представленных в табл. 3, составил  $(0,94 \pm 0,18)$ , SJR –  $(0,46 \pm 0,08)$ , SNIP –  $(0,95 \pm$

0,12). Эти наукометрические индексы свидетельствуют о высоком научном отраслевом рейтинге журналов. По данным SNIP, из опубликованных в журнале в течение 5 лет статей около 95 % были процитированы другими исследователями, в основном в отраслевых медицинских и психологических журналах.

В табл. 4 представлен рейтинг 15 учреждений, авторы которых издали в 1993–2012 гг. наибольшее количество статей в сфере ПВ у среднего медицинского персонала. Наибольшее количество научных статей выпустили в свет ученые University of Pennsylvania (США) и University of Toronto (Канада). В среднем ежегодно с представленными в табл. 5 учреждениями аффилировались по 1-2 статьи.

*Таблица 4*

*Учреждения, авторы которых издали наибольшее количество публикаций по ПВ у среднего медицинского персонала*

Место	Наименование учреждения (город, страна)	Число статей	Всего публикаций	Число патентов
1-е	University of Pennsylvania (г. Филадельфия, шт. Пенсильвания, США)	36	104 134	5978
2-е	University of Toronto (г. Торонто, Канада)	35	156 993	893
3-е	Western University (г. Лондон, Онтарио, Канада)	30	56 458	2202
4-е	King's College London (г. Лондон, Великобритания)	29	86 058	610
5-е	Karolinska Institutet (г. Стокгольм, Швеция)	26	56 230	204
6-е	Maastricht University (г. Маастрихт, Нидерланды)	22	26 605	45
7-е	Utrecht University (г. Утрехт, Нидерланды)	20	50 364	114
8-е	University of Manchester (г. Манчестер, Великобритания)	17	98 837	1132
9-е	University of Birmingham (г. Бирмингем, Великобритания)	17	69 931	1014
10-е	York University (г. Торонто, Канада)	16	21 327	13 831
11-е	VA Medical Center (г. Бат, шт. Нью-Йорк, США)	15	178 128	105
12-е	University of Western Sydney (г. Сидней, Австралия)	15	9758	115
13-е	Cardiff University (г. Кардифф Великобритания)	15	50 116	5976
14-е	Acadia University (г. Вулфвилле, Новая Шотландия, Канада)	15	2338	33
15-е	University of Alberta (г. Эдмонтон, Канада)	15	92 866	947

Считается, что в развитии ПВ участвуют личностные особенности, служебные межличностные отношения, факторы организации труда, социально-экономические и культуральные характеристики. Не выявлено чет-

кой зависимости выраженности ПВ от возраста и стажа работы. Выявлено, что проявления ПВ обнаруживаются у молодых специалистов в период адаптации к профессии со стажем работы 3–7 лет и у профессионалов после 20 лет служебной деятельности. Вполне логично, что, если неблагоприятные условия труда начинают негативно влиять на жизнедеятельность молодого работника, он не дожидается развития у себя ПВ, а меняет работу.

Считается, что к группам с высоким уровнем риска формирования ПВ относятся специалисты, работа которых связана с уходом за хроническими больными, неизлечимыми или умирающими пациентами. В обзорной статье [14] были проанализированы результаты 16 зарубежных научных статей. Не выявлено данных о том, что медсестры по уходу за тяжело и смертельно больными имеют повышенный уровень ПВ. Умеренный уровень развития ПВ у медицинских сестер, работающих в диализных отделениях с хроническими больными, получен также М. Böhmert, S. Kuhnert и A. Nien-haus [6].

В обзоре S.M. Pereira, A.M. Fonseca и A.S. Carvalho [23] были проанализированы статьи по исследованию ПВ у среднего медицинского персонала из США, Канады, Австралии, Японии, Великобритании, Испании, Франции, Нидерландов и Португалии. Высокий уровень проявления ПВ у медицинских сестер в условиях паллиативного ухода не обнаружен. Факторами риска развития профессиональных дезадаптаций являлись нехватка навыков общения, спешка, неумение сообщать плохие новости, контакт со страданием, смертью, невозможностью пациента оплатить лечение; защитными факторами – индивидуальные и групповые стратегии профилактики, наличие времени для общения с пациентами и их близкими, эффективная коммуникация, стратегии совладания со смертью пациента, понимание обстоятельств смерти пациента.

В научном обзоре баз данных IATROTEK, PubMed, Cochrane и Cinalh за 2000–2010 гг. М. Karanikola и E. Kleanthous [16] установлен выраженный уровень ПВ у значительной доли медсестер, работающих в психиатрических учреждениях. Развитие ПВ было связано с условиями труда, личностными особенностями медсестер и пациентов. Указано также, что в развитии ПВ условия труда значат больше, чем индивидуальные особенности работников.

В статье I. Palfi и соавт. [28] максимальный уровень сформированного ПВ был найден у 10,7 % медицинских сестер, работающих в отделениях интенсивной терапии, минимальный – у 0,6 % у медсестер палат с активными пациентами. У медсестер, работающих в отделениях по долгосроч-

ному уходу, ПВ было выявлено в 3,6 %. В 66 % причина ухода с работы была связана с формированием симптомов ПВ. Представленные показатели ПВ, по нашему мнению, адекватные и отражали реальное количество лиц с развитым ПВ.

Более высокие показатели ПВ обнаружены у медицинских сестер, работающих в государственных медицинских организациях, по сравнению с теми, кто работает в частных учреждениях или общественных организациях. Считается, что среди других причин ведущим фактором формирования ПВ в государственных учреждениях является фиксированный оклад, без учета интеллектуального потенциала и личностного вклада работника в деятельность организации. Связь морального дистресса и ПВ исследована в обзоре K.L. Edward и G. Hercelinskyj [11]. В. Coomber и K. Louise Barriball проанализировали 9 статей, в которых исследовались факторы удовлетворенности работой [9]. Оказалось, что на удовлетворенность работой медицинских сестер и текучесть кадров большое влияние оказывает профессиональный стресс, связанный с неумелым руководством. Уровень зарплаты и образования имели нечеткие связи с удовлетворенностью работой и текучестью кадров.

Эмоциональное отношение работника к своей работе исследовано в обзоре Lu Hong и соавт. [15]. Были проанализированы 1189 документов из баз данных CINAHL (1982–2004 гг.), Medline (1966–2004 гг.), PsycINFO (1974–2004 гг.), British Nursing Index (1985–2004 гг.), China Medical Academic Conference (1985–2004 гг.) и China Academic Journal (1985–2004 гг.). Несмотря на обучение и клиническую практику, в результате идеализации работы и неадекватных ожиданий низкая удовлетворенность работой выявлена у медицинских сестер с высшим образованием – будущих руководителей, от профессиональной деятельности которых будет зависеть профессиональная эффективность и развитие ПВ у среднего медицинского персонала.

Самый высокий уровень неудовлетворенности работой и проявления ПВ у медицинских сестер обнаружены в США и Великобритании (табл. 5). Более  $\frac{1}{3}$  медицинских сестер в Великобритании и  $\frac{1}{5}$  США планировали уйти с работы в течение ближайших 12 мес, и до 50 % медицинских сестер в возрасте до 30 лет планировали это сделать во всех странах. Ввиду усилившейся миграции медсестер создание условий удовлетворенности их работой выходит на первый план.

Таблица 5

Удовлетворенность работой и проявления ПВ у медицинских сестер  
в 1998–1999 гг., % [21]

Показатель	США	Канада	Англия	Шотландия	Германия
Неудовлетворенность работой	41,0	32,9	36,1	37,7	17,4
Высокий уровень проявлений ПВ	43,2	36,0	36,2	29,1	15,1
Возраст до 30 лет	19,0	10,3	40,6	31,9	33,6
Планируют сменить работу в течение ближайших 12 мес					
общая выборка медсестер	22,7	16,6	38,9	30,3	16,7
в возрасте до 30 лет	33,0	29,4	53,7	46,0	26,5

В обзоре статей за 2007–2012 гг. [12] показано, что руководители медсестер играют ключевую роль в предотвращении развития ПВ путем создания благоприятных условий работы: большое значение имеют их доступность для медсестер, отношения в коллективе, анализ тактики ведения пациентов после неблагоприятных исходов (смерти).

Учитывая высокий уровень профессиональной нагрузки, который испытывают медицинские сестры на африканском континенте, можно было предположить у них высокий уровень развития ПВ. В статье V.O. Lasebi-kap и M.O. Oyetunde приведены результаты обследования тестом MBI 292 медицинских сестер – сплошная выборка по больнице общего профиля Нигерии. Высокие показатели по шкале ЭИ выявлены у 39,1 % респондентов, по шкале Д – у 29,2 %, по шкале РЛД – у 40 % медицинских сестер. Однако в статье не указано, в каком проценте случаев были повышены все шкалы теста MBI, только по этим показателям можно было бы судить о развитии ПВ [17]. К сожалению, эти данные не представляются в публикациях, возможно, из-за недопонимания концептуальной структуры ПВ или же из-за малочисленности медицинских сестер со сформированным ПВ.

По результатам многофакторного анализа, предикторами ПВ по шкале ЭИ были конфликты врача и медсестры (отношение шансов (ОШ) – 3,1), недостаточная укомплектованность сестринским персоналом (ОШ – 2,6) и частые ночные дежурства (ОШ – 3,1). Предикторами ПВ по шкале Д были конфликты врача и медсестры (ОШ – 3,4) и частые ночные дежурства (ОШ – 2,4), а предикторами по шкале РЛД – высокая иерархическая лестница сестринского персонала (ОШ – 2,7), низкая зарплата (ОШ – 2,9) и частые ночные дежурства (ОШ – 2,3) [17].

Результаты широкомасштабного исследования выраженности ПВ у медицинских сестер в 8 странах мира (США, Канаде, Великобритании,

Германии, Новой Зеландии и др., а позднее повторенного – в Японии, России и Армении) представлены в докторской диссертации Lusine Poghosyan [25]. Использовался единый протокол исследования, ПВ определяли при помощи шкалы MBI, рабочую обстановку – шкалы Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), выборки были репрезентативными для каждой страны. Всего в исследовании приняли участие 55 104 медсестер из 759 больниц.

Результаты обследования тестом MBI представлены в табл. 6. Диапазон средней оценки шкалы ЭИ от 0 до 54 баллов, шкалы Д – от 0 до 30 баллов, шкалы РЛД – от 0 до 48 баллов. Более высокие средние баллы по шкалам ЭИ, Д и низкие показатели по шкале РЛД свидетельствуют о высоком уровне ПВ. Наиболее выраженные показатели ПВ по данным всех трех шкал теста обнаружены у медсестер Японии, наименьшие – в России, Армении и Германии.

*Таблица 6*  
*Выраженность ПВ у медицинских сестер по данным теста MBI [25]*

Страна	Количество		Шкала теста, балл (M ± σ)		
	медсестер	учреждений	ЭИ	Д	РЛД
США	13 204	209	24,5 ± 12,1	6,9 ± 6,1	37,5 ± 7,2
Канада	17 965	415	22,5 ± 11,3	6,2 ± 5,6	37,4 ± 7,1
Великобритания	9855	59	21,8 ± 11,0	6,8 ± 5,8	36,0 ± 7,3
Германия	2681	29	18,4 ± 10,0	5,2 ± 4,7	37,5 ± 7,5
Новая Зеландия	4603	24	22,2 ± 11,2	6,0 ± 5,8	38,2 ± 6,8
Япония	5956	19	29,4 ± 11,6	8,1 ± 5,8	24,6 ± 8,4
Россия	442	2	17,6 ± 10,2	2,0 ± 3,7	39,6 ± 8,5
Армения	398	2	10,4 ± 9,7	1,1 ± 2,2	33,3 ± 11,0

Влияние показателей ПВ на качество профессиональной деятельности оценены с помощью логической регрессии. Вклад предикторов ПВ в процентах по странам представлен в табл. 7. Несмотря на высокий вклад самооценок низкого качества профессиональной деятельности, который может свидетельствовать о повышенных требованиях к себе, один из важных показателей ПВ – желание оставить работу и, как следствие этого, текучесть кадров. Около  $\frac{1}{3}$  медицинских сестер в Японии, Великобритании и Новой Зеландии готовы сменить работу в течение 6–12 мес.



Таблица 7

*Вклад предикторов ПВ в качество профессиональной деятельности по странам (по данным самооценки), % [25]*

Страна	Плохое качество медицинской помощи	Неудовлетворенность работой	Планируют оставить работу в течение 6–12 мес
США	18,8	41,1	22,8
Канада	14,4	32,7	15,4
Великобритания	12,8	37,4	34,8
Германия	30,7	17,3	16,7
Новая Зеландия	9,4	30,4	33,7
Япония	79,9	60,1	35,3

В целом не выявлены выраженные национальные риски развития ПВ у среднего медицинского персонала. Оказалось, что наиболее значимыми в развитии ПВ у медицинских сестер являлись организационные факторы труда (количество пациентов, приходящихся на одну медсестру, характер труда, взаимоотношения коллег, поддержка со стороны старших медицинских сестер отделения и пр.). Например, если в России и Армении медицинские сестры выполняют лишь указания врачей и следуют строго принятым в больнице правилам, то в западных странах медицинские сестры более независимы, они могут решать более сложные и ответственные задачи. Как следствие, максимальная выраженность ПВ наблюдалась у медицинских сестер в Японии и США, минимальная – в России, Германии и Армении. Около 80 % медицинских сестер в Японии сообщили о низком качестве оказания ими медицинской помощи и 35 % желали сменить место работы.

Установлено также, что каждый структурный компонент 3-факторной модели ПВ имел свои предикторы и последствия. Так, эмоциональное истощение было связано с рабочей нагрузкой, а деперсонализация – нет, в свою очередь деперсонализация обуславливалась межличностными отношениями на работе.

L.H. Aiken и соавт. (2012) изучили особенности труда у 33 659 медсестер из 210 больниц Европы и 27 509 медсестер из 430 больниц США при помощи модифицированной шкалы PES-NWI. Уровень выраженности ПВ исследовали при помощи шкалы MBI. Удовлетворенность пациентов оценивали с помощью опросника для потребителей услуг здравоохранения (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). В общей сложности были опрошены более 130 тыс. пациентов [22].

Среднее отношение количества пациентов и медицинских сестер в европейских странах колебалось от 5,4 в Норвегии, до 13,0 в Германии (табл. 8).

В США этот показатель был ниже и, следовательно, условия труда у медицинских сестер были более благоприятными, чем в любой из европейских стран, кроме Норвегии. Значительная часть медицинских сестер в каждой стране сообщила о дефиците качества медицинской помощи, высоком уровне выраженности ПВ, неудовлетворенности работой и намерении покинуть в течение 12 мес работу. Самыми выраженными указанными показателями были у медицинских сестер Греции (см. табл. 8), низкими – в Нидерландах. В США анализируемые показатели наличия ПВ и неудовлетворенности работой приближаются к европейским, и в то же время выявляются самые невыраженные желания сменить работу (см. табл. 8).

*Таблица 8*  
*Показатели профессиональной нагрузки и ПВ в странах мира*

Страна	Количество пациентов, (M ± σ) приходящихся		Отмечают наличие ПВ, %	Недовольны работой, %	Хотят оставить место работы в следующем году, %
	на 1 мед-сестру	на 1 сотрудника			
Бельгия	10,7 ± 2,2	7,9 ± 1,7	25	22	30
Великобритания	8,6 ± 1,5	4,8 ± 0,6	42	39	44
Финляндия	8,3 ± 2,2	5,3 ± 0,8	22	27	49
Германия	13,0 ± 2,3	10,5 ± 1,6	30	37	36
Греция	10,2 ± 2,8	6,2 ± 2,1	78	56	49
Ирландия	6,9 ± 1,0	5,0 ± 0,8	41	42	44
Нидерланды	7,0 ± 0,8	5,0 ± 0,7	10	11	19
Норвегия	5,4 ± 1,0	3,3 ± 0,5	24	21	25
Польша	10,5 ± 1,9	7,1 ± 1,4	40	26	44
Испания	12,6 ± 1,9	6,8 ± 1,0	29	38	27
Швеция	7,7 ± 1,1	4,2 ± 0,6	29	22	34
Швейцария	7,9 ± 1,5	5,0 ± 1,0	15	21	28
США	5,3 ± 1,4	3,6 ± 2,0	34	25	14

На рис. 6 представлена диаграмма рассеяния указаний пациентов и медицинских сестер о престижности лечения в данной больнице. Каждая точка на диаграмме рассеяния представляла лечебное учреждение.

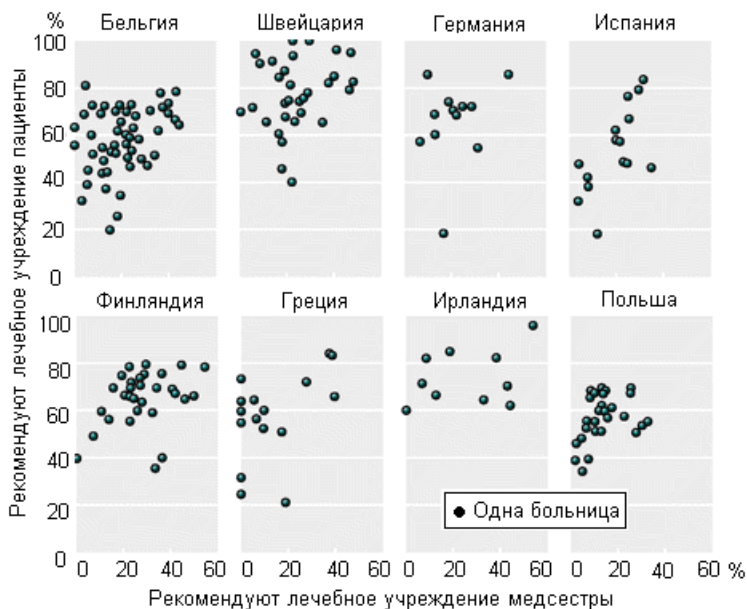


Рис. 6. Диаграмма рассеяния оценок качества медицинской помощи лечебного учреждения у пациентов и медицинских сестер (%)

Высокие рейтинги учреждений колебались от 35 % в Испании до 60 % в Финляндии, Ирландии, Швейцарии и США. Пациенты выше оценили качество медицинской помощи, чем медицинские сестры, которую эту помощь оказывали. Если по странам имеются определенные различия в качестве медицинской помощи, то внутри отдельной диаграммы отмечается достаточно высокая согласованность оценок качества оказания медицинской помощи у пациентов и у медицинских сестер.

### Заключение

Проведенный поиск в базе данных Scopus за 20 лет (1993–2012 гг.) выявил 2775 публикаций в сфере профессионального выгорания у среднего медицинского персонала. В среднем в мире ежегодно издавалось по  $(139 \pm 12)$  таких публикаций, они составили 23,5 % общего массива изданий по профессиональному выгоранию. Полиномиальный ряд динамики публикаций при высоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,87$ ) показывает их статистически значимый рост, что характеризует не снижающийся интерес у исследователей к проблеме профессионального выгорания.

Проведенный обзор зарубежных научных статей показал, что профессиональное выгорание у среднего медицинского персонала во многом определяется организацией труда и в меньшей степени – индивидуальными особенностями работника. Значительная часть медицинских сестер в каждой стране выражала неудовлетворенность работой и имела намерение в течение года сменить работу, что является косвенным показателем развития профессионального выгорания.

Исследования зарубежных авторов показали высокую предрасположенность среднего медицинского персонала к профессиональному выгоранию. К сожалению, во многих научных статьях о профессиональном выгорании у медицинских работников судили по выраженности только одной из шкал теста Maslach Burnout Inventory. Профессиональное выгорание – многофакторное понятие, его развитие происходит только при профессиональной дезадаптации, которое затрагивает все уровни биопсихосоциальной парадигмы профессионального здоровья работника и профессиональной эффективности.

### *Литература*

1. Деперсонализация // Энциклопедический словарь медицинских терминов : в 3 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – М. : Совет. энцикл., 1982. – Т. 1. – С. 336.
2. здравоохранение в России : 2011 : стат. сб. / Росстат. – Оффц. изд. – М., 2011. – 326 с.
3. *Никишина В.Б.* Состояние «выгорания» : детерминация, феноменология, генезис, измерение / В.Б. Никишина, Л.Н. Молчанова, Т.В. Недурева. – Курск, 2007. – 381 с.
4. *Орел В.Е.* Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Ин-т психологии РАН. – М., 2005. – 329 с.
5. Профессионально-личностные деформации врачей : феноменология, детерминация, измерение : монография / В.Б. Никишина, А.Г. Дроздов, И.В. Запесоцкая, Л.Н. Молчанова; [Курск. ин-т соц. образования (фил.) РГСУ]. – М. : Изд-во РГСУ «Союз», 2010. – 688 с.
6. *Böhmert M.* Psychological stress and strain in dialysis staff—a systematic review / M. Böhmert, S. Kuhnert, A. Nienhaus // J. of Renal Care. – 2011. – Vol. 37, N 4. – P. 178–189.
7. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses / M.E. Falagas, E.I. Pitsouni, G.A. Malietzis, G. Pappas // The FASEB J. – 2007. – Vol. 22, N 2. – P. 338–342.

8. Comparison of SCImago journal rank indicator with journal impact factor / M.E. Falagas, V.D. Kouranos, R. Arencibia-Jorge, D.E. Karageorgopoulos // *The FASEB J.* – 2008. – Vol. 22, N 8. – P. 2623–2628.

9. *Coomber B.* Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses : A review of the research literature / B. Coomber, K. Louise Barriball // *Intern. J. of Nursing Studies.* – 2007. – Vol. 44, N 2. – P. 297–314.

10. *Dierendonck D., van.* Burnout among general-practitioners – a perspective from equity theory / D. van Dierendonck, W.B. Schaufeli, H. Sixma / *J. of Social and Clinical Psychology*, 1994. – Vol. 13, N 1. – P. 86–100.

11. *Edward K.L.* Burnout in the caring nurse: learning resilient behaviours / K.L. Edward, G. Hercelinskyj // *British J. of nursing* (Mark Allen Publishing). – 2007. – Vol. 16, N 4. – P. 240–242.

12. *Epp K.* Burnout in critical care nurses: a literature review (Review) / K. Epp // *Dynamics* (Pembroke, Ont.). – 2012. – Vol. 23, N 4. – P. 25–31.

13. *González-Pereira B.* A new approach to the metric of journals scientific prestige: The SJR indicator / B. González-Pereira, V. Guerrero-Bote, F. Moya-Anegón // *J. of Informetrics.* – 2010. – Vol. 4, N 3. – P. 379–391.

14. Is work stress in Palliative care nurses a cause for concern? A literature review / L. Peters, R. Cant, K. Sellick [et al.] // *Intern. J. of Palliative Nursing.* – 2012. – Vol. 18, N 11. – P. 561–567.

15. Job satisfaction among nurses : a literature review / Lu Hong, E. Alison While, K. Louise Barriball // *Intern. J. of Nursing Studies.* – 2005. – Vol. 42. – P. 211–227.

16. *Karanikola M.N.K.* Exploration of burnout risk factors among mental health nurses / M.N.K. Karanikola, E. Kleanthous // *Nosileftiki.* – 2011. – Vol. 50, N 2. – P. 163–176.

17. *Lasebikan V.O.* Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors / V.O. Lasebikan, M.O. Oyetunde // *ISRN Nurs.* – 2012. – № 402157.

18. *Maslach C.* Maslach Burnout Inventory / C. Masiach, S.E. Jackson, M.P. Leiter // *Evaluating Stress : A Book of Resources* / edited by C.P. Zalaquett, R.J. Wood. – Lanham : The Scarecrow Press, Inc. ; London, 1997. – P. 191–217.

19. *Maslach C.* Measuring burnout with the MBI / C. Maslach // *Proceedings – 14th Annual Meeting of the American Institute for Decision Sciences* (San Francisco, CA, USA). – San Francisco. – 1982. – Vol. 2. – P. 183–184.

20. *Moed H.F.* Measuring contextual citation impact of scientific journals / H.F. Moed // *J. of Informetrics*. – 2010. – Vol. 4, N 3. – P. 265–277.

21. Nurses' reports on hospital care in five countries / L.H. Aiken, S.P. Clarke, D.M. Sloane // *Health Affairs*. – 2001. – Vol. 20, N 3. – P. 43–53.

22. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care : cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States / L.H. Aiken, W. Sermeus, K. Van den Heede [et. al.] // *BMJ (Online)*. – 2012. – Vol. 344, Issue 785. – Article N 1717.

23. *Pereira S.M.* Burnout in palliative care: A systematic review / S.M. Pereira, A.M. Fonseca, A.S. Carvalho // *Nursing Ethics*. 2011. – Vol. 18, N 3. – P. 317–326.

24. *Pines A.M.* Burnout: from tedium to personal growth / A.M. Pines, E. Aronson. – New York : Free Press, 1981. – 229 p.

25. *Poghosyan L.* Cross-national exploration of nurse burnout: Predictors and consequences in eight countries : Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. – Philadelphia, 2008. – 116 p. – (ProQuest N 3310381).

26. *Schaufeli W.B.* Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model / W.B. Schaufeli, D. Van Dierendonck, K. Van Gorp // *Work and Stress*. – 1996. – Vol. 10, N 3. – P. 225–237.

27. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey in representative samples of eight different occupational groups / E.M. Langballe, E. Falkum, S.T. Innstrand, O.G. Aasland // *J. of Career Assessment*. – 2006. – Vol. 14, N 3. – P. 370–384.

28. The role of burnout among hungarian nurses / I. Palfi, K. Nemeth, Z. Kerekes [et al.] // *Intern. J. of Nursing Practice*. – 2008. – Vol. 14, N 1. – P. 19–25.

29. Working together for health. The World Health Report 2006 [Electronic resource] / World Health Organization. – Geneva. 2006. – 209 p. – URL: <http://www.who.int/whr/2006/06>.

## **ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ВОЗРАСТНЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

### *Введение*

Общение определяется как процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку общей стратегии взаимодействия, восприятие и понимание своих партнеров [4, 8, 19]. С этой позиции выделяются три упомянутые выше основные составляющие процесса общения: коммуникативная (обмен информацией); интерактивная (организация взаимодействия между общающимися, т. е. обмен не только знаниями, но и действиями); перцептивная (восприятие и понимание партнерами друг друга). Такая структура является традиционной для многих научных исследований в сфере социальной психологии [1, 17]. На основании обобщения теоретико-методологических работ за последние десятилетия можно выделить четыре компонента общения:

1-й – информационный – представлен передачей и обменом информацией в контексте вербальной и невербальной коммуникации;

2-й – когнитивный – предполагает наличие социальной перцепции на основе осознания содержания речевого контекста общения, стратегий поведения человека в различных ситуациях социального взаимодействия, а также понимание человеком самого себя как носителя социальных ролей и субъекта межличностного взаимодействия;

3-й – связан с социальным (личностным) поведением. Он широко представлен в теориях социального научения. При этом для сравнительного исследования онтогенеза и дизонтогенеза общения наибольший интерес представляет анализ способности к саморегуляции социального поведения, от которой зависит успешность адаптации и социализации человека;

4-й – потребностный – получил свое обоснование в концепциях мотивации поведения и общения. Он непосредственно связан с эмоциональной сферой личности и оказывает существенное влияние на возрастную динамику развития взаимоотношений с окружающими людьми.

Указанные компоненты общения позволяют рассматривать его как полиструктурный процесс.

Любой феногенез представляет собой взаимодействие генома и среды, в том числе социальной [21]. Среда определяет, какие из генетических возможностей будут реализованы и какие социальные функциональные системы войдут в индивидуальный или типологический вариант развития человека. Рациональность системного подхода подтверждается теоретическими положениями концепции Л.С. Выготского, согласно которым высшие психические функции представляют собой сложные функциональные системы [2, 3]. Изучая развитие высших психических функций у детей, автор пришел к выводу, что роль мозга в организации этих функций должна изменяться в процессе развития и социализации индивидуума. Данные научные представления могут найти свое отражение и в понимании полиструктурности общения. Опираясь на положения культурно-исторической теории Л.С. Выготского о том, что ограниченные поражения зон коры головного мозга могут иметь различные социальные последствия, можно сделать вывод о значимости изучения нарушения общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью для их оптимальной социализации.

Большинство детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости (УО) достигают независимости в сфере ухода за собой, овладевают практическими навыками, хорошо адаптированы в домашних условиях. Однако их способность к адаптации затрудняется значительным количеством ролевых функций, которые каждый индивид выполняет в современном обществе. Поведение людей с легкой степенью снижения интеллекта, несмотря на усвоение ими поведенческих норм, находится в зависимости от влечений и аффектов, непосредственных обстоятельств, в которых они находятся, что обуславливает ограничения их возможностей соответствовать требованиям социума. Материалы наблюдений и экспериментальных исследований позволяют говорить о том, что одни психические процессы оказываются существенно несформированными, другие – остаются частично сохранными [6]. Этим в определенной мере объясняются существующие индивидуальные и типологические различия, обнаруживающиеся в познавательной деятельности и коммуникативно-личностной сфере детей с умственной отсталостью [7].

Исследования показали, что за период обучения в I классе у учащихся специальных (коррекционных) школ VIII вида увеличивается потребность в общении, формируется готовность к взаимодействию с окружающими. Учебный процесс оказывает выраженное стимулирующее воздейст-



вие на развитие коммуникативных способностей. При этом при выборе качестве партнеров по игре и общению предпочтение отдается детям более младшего возраста [14, 25], лидерские качества нивелируются. Одновременно возрастают агрессивные тенденции в поведении. Многие учащиеся выбирают деструктивные способы регуляции межличностных отношений – конфликты, вербальную и физическую агрессию. Среди причин нарушения общения указывается переутомление в процессе обучения, приводящее к ослаблению контроля за эмоциями, не исключается и негативное влияние микросоциальных факторов, в частности формирования поведенческого опыта в семье.

Эмоционально насыщенная деятельность способствует оптимизации межличностных отношений. Объективно увеличивается значение коэффициента удовлетворенностью общением со сверстниками. Возраст 10–12 лет оказался благоприятным для формирования межличностных отношений у детей с умственной отсталостью. Для него характерно становление самосознания: постепенно развивается образ «Я», адекватная самооценка проявляется при изучении не только собственной внешности, но и моральных качеств, культуры поведения, личностных особенностей. В суждениях отмечается критичность, способность к самоанализу.

К 13–14 годам происходит качественное изменение личностной рефлексии [10]. Развивается способность подростков с УО представлять себя в общении, понимать мнение о себе со стороны ближайшего социального окружения (родители, учителя, одноклассники, друзья). В старшем подростковом возрасте у них отмечается тенденция формирования нравственных качеств личности, что оказывает положительное влияние на их поведение и общение [24]. Они менее критичны в представлениях о собственных самостоятельных действиях, которые позволяют «доводить все до конца» и «всегда выполнять свое обещание», т. е. в оценке тех нравственных характеристик ребенка, которые демонстрируют его способность к самоконтролю. В отношениях с родителями основной коммуникативной проблемой является недостаток личностной готовности к принятию самостоятельных решений.

В подростковом возрасте ведущим становится стремление к неформальному общению. Недостаток самосознания провоцирует подражательный стиль поведения со сверстниками, низкую самокритичность. Важной оказывается роль лидера, который, по мнению подростков с УО, должен быть смелым, честным, добрым, хорошим другом [11]. Таким образом, у

этих подростков в общении развиваются социально-психологические черты личности, закрепляются общекультурные нормы поведения.

По мнению исследователей [24, 26], проблемы общения детей с УО обусловлены нарушениями интеллекта и речи. Среди особенностей речевой коммуникации указываются трудности в формулировке просьб, вопросов, в постоянной ориентации на помощь собеседника. Уделяется внимание и формированию навыков делового общения в процессе учебной деятельности, коллективных игр, общественно полезного труда и социально-бытовой ориентировки. У старших подростков с УО в качестве основной особенности отмечается недостаточная активность, отсутствие инициативы в общении. Им проще устанавливать контакты со знакомыми людьми, а возникающие у них затруднения вызывают отказ от систематического общения. Недостатки делового общения подростков с легкой УО обусловлены ограничением жизненного опыта: невозможностью самостоятельно справиться с ситуацией, использовать все имеющиеся навыки речевой коммуникации, целенаправленно и самостоятельно добиваться результата.

На основании изучения феноменологии нарушение общения может быть представлено как процесс, состоящий из ряда компонентов. В качестве 1-го из них можно выделить определенные цели и потребности (мотивацию), которые задают направленность и содержательную составляющую общения. 2-й компонент связан с восприятием окружающей среды, определяемым реализацией когнитивных процессов и накопленным опытом. 3-й компонент включает в себя регуляцию общения, основанную на соответствии целей и предполагаемых результатов и проявляющуюся во внешнем социальном поведении. При этом сочетание характеристик указанных компонентов в каждом индивидуальном случае будет обуславливать определенные устойчивые соотношения индивида и среды, проявляющиеся в виде устойчивых стилей, формируемых типичной сочетаемостью эндогенных и экзогенных факторов.

Структурно-динамическая триада (эмоционально-потребностный, когнитивный и регуляторный компоненты) характеризует своеобразие процесса общения в условиях как нормативной психики, так и имеющей патологические изменения. В частности, исследования клинических аспектов общения, связанных с изменениями личности, выполнено Ж.М. Глозман (2002) в рамках системного научного подхода. Среди компонентов общения при разных видах патологии автор также указывает: мотивацию (побуждение); операциональные возможности коммуникации; контроль за протеканием общения [5]. При изучении нарушения общения у детей и

подростков с УО информационный и когнитивный компоненты общения можно объединить как взаимодополняющие друг друга, так как психическое развитие человека осуществляется благодаря интериоризации.

### *Материал и методы*

При определении групп обследуемых детей в возрасте 6–14 лет учитывались три критерия: 1) клиническая характеристика [23]; 2) социальный статус (социальные условия развития и обучения испытуемых); 3) период обучения.

Основную группу составили дети и подростки ( $n = 674$ ) с диагнозом легкая умственная отсталость (УО) (F70 по МКБ-10). В 1-ю контрольную группу вошли нормально развивающиеся сверстники ( $n = 1034$ ). 2-я контрольная группа состояла из детей ( $n = 438$ ) с диагнозом смешанные специфические расстройства развития (ССРР) (F83 по МКБ-10), у которых отставание в когнитивной сфере в большей мере было обусловлено резидуальными расстройствами центральной нервной системы. В медицинских заключениях у них указаны расстройства развития психомоторики, речи и школьных навыков. На момент исследования каких-либо других психических или соматических нарушений не отмечалось, что исключало влияние коморбидной патологии.

Общая продолжительность проведения диагностики на протяжении 7 лет позволила осуществлять повторные обследования отдельных детей. Частичное включение лонгитюдного метода исследования повысило достоверность получаемых результатов при анализе возрастных особенностей развития общения у детей и подростков.

В ходе эмпирического исследования применяли 8 методик:

- 1) полярный профиль «Коммуникативный образ ученика» (авторский вариант);
- 2) «Реактивность ученика» (Я. Стреляу) [20];
- 3) «Экспертная оценка невербального поведения личности» (модифицированная методика В.А. Лабунской) [22];
- 4) «Изучение межличностного взаимодействия ребенка со сверстниками и взрослыми» (модифицированная методика Т. В. Сенько) [18];
- 5) анкету «Навыки общения» (авторский вариант);
- 6) карту психологической характеристики личностного развития младшего школьника (Ю.А. Клейберг) [9];
- 7) тест межличностных отношений Р. Жилия;

8) тест для изучения детской тревожности (Р. Теммл, М. Дорки, В. Амен) [15, 16].

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Применялись параметрические методы математико-статистического анализа (t-критерий Стьюдента, критерий альфа-Кронбаха). При интерпретации данных учитывались достоверно значимые различия при  $p < 0,05$ . В таблицах представлены средние арифметические величины ( $M$ ) и среднее квадратическое отклонение ( $\sigma$ ).

### ***Результаты и их анализ***

При изучении возрастных особенностей нарушения общения у детей и подростков с легкой УО проводили сравнение изучаемых показателей в соответствии со структурно-динамической триадой (эмоционально-потребностный, регуляторный и когнитивный компоненты). В качестве 1-го компонента выделили мотивационную сферу, которая обуславливала развитие социальной направленности у детей, включая их интересы, потребности и стремления.

2-й компонент включал в себя регуляцию общения, основанную на соответствии целей и предполагаемых результатов и проявляющуюся во внешнем социальном поведении.

3-й компонент был связан с восприятием и пониманием окружающих людей и ситуаций общения, определяемыми реализацией когнитивных процессов и накопленным опытом. При этом сочетание показателей указанных компонентов детерминирует определенные устойчивые особенности общения детей и подростков при типичной сочетаемости эндогенных и экзогенных факторов.

При интерпретации полученных результатов вначале учитывались различия показателей компонентов общения у детей с легкой УО по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, а затем рассматривалось различие значений между показателями у школьников с легкой УО и ССРР. Группа детей с ССРР позволяла проводить более корректное сравнение изучаемых особенностей нарушения общения с учетом того, что при легкой УО и ССРР дети и подростки отличаются определенными проявлениями интеллектуальной недостаточности, для которой свойственно снижение уровня когнитивного развития [13].

В старшем дошкольном возрасте достоверные различия по трем изучаемым компонентам общения наиболее часто встречаются при сравнении обследуемых с легкой УО и нормально развивающимися детьми (табл. 1).

Снижение степени интеллекта обуславливает нарушение стремления к общению со сверстниками, любознательности, что затрудняет становление межличностных отношений. Несформированность навыков саморегуляции проявляется в дисгармоничности проявлений невербальных реакций, недостатках культуры жестов. Выявлено существенное снижение показателей когнитивного компонента, которое отражается на развитии социальной перцепции – способности воспринимать и понимать окружающих людей в различных коммуникативных ситуациях.

*Таблица 1*  
*Развитие компонентов общения у детей старшего дошкольного возраста*

Компонент и показатель общения	Группа			p <
	норма (1)	ССРР (2)	легкая УО (3)	
Эмоционально-потребностный компонент				
Любознательность в общении	2,7 ± 1,0	2,1 ± 1,0	1,9 ± 0,9	1/3 – 0,001
Стремление к общению с детьми	1,6 ± 1,0	1,2 ± 1,0	0,7 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Отгороженность	1,5 ± 1,2	1,6 ± 1,3	1,8 ± 1,4	–
Тревожность в ситуациях внешнего контроля	3,1 ± 1,0	0,3 ± 1,0	0,5 ± 1,0	1/3 – 0,05
Доминирование	0,1 ± 1,0	0,2 ± 0,8	0,0 ± 0,7	–
Регуляторный компонент				
Непривлекательные позы и движения	1,7 ± 1,1	1,6 ± 1,0	1,6 ± 0,7	–
Самоконтроль невербальных реакций	2,2 ± 1,1	2,1 ± 0,7	1,6 ± 0,8	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Культура жестов и движений	2,5 ± 1,0	2,1 ± 0,5	1,6 ± 0,8	1/3 – 0,05 2/3 – 0,001
Самоконтроль при конфликте	2,0 ± 1,2	1,9 ± 1,0	1,6 ± 0,9	1/3 – 0,001
Когнитивный компонент				
Понимание отношения другого человека	2,7 ± 1,1	2,2 ± 1,0	2,0 ± 0,9	1/3 – 0,001
Понимание людей при визуальном контакте	2,6 ± 1,1	1,8 ± 1,3	2,0 ± 1,1	1/3 – 0,001
Ориентировка в коммуникативном пространстве	3,0 ± 0,9	2,2 ± 0,8	1,8 ± 0,8	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Способность формулировать обращение	2,9 ± 1,1	2,0 ± 1,0	1,7 ± 0,8	1/3 – 0,001

При сравнении особенностей общения дошкольников с легкой УО с детьми с ССРР отмечаются незначительные различия в показателях когнитивного компонента. При этом снижение интеллекта ограничивает возможности самостоятельной ориентировки в коммуникативном пространстве. У обследуемых всех трех групп выявлено отсутствие достоверно зна-

чимых различий в количественных значениях показателей отгороженности и доминирования. Дошкольники с легкой УО, как и нормально развивающиеся дети и дети со ССРР, дистанцируются при возникновении затруднений в межличностном общении и не стремятся к неформальному лидерству в малой социальной группе.

У первоклассников при наличии снижения интеллекта стремление к общению со своими одноклассниками достоверно не различается с потребностями нормально развивающихся детей (табл. 2). Ученики с легкой УО не проявляют склонность к доминированию при установлении взаимоотношений. В период адаптации к школе они ориентированы на учителя и его требования. Затруднения в общении с другими детьми обуславливают у учеников с легкой УО, в отличие от нормально развивающихся детей, возникновение отгороженности. В отличие от этих учащихся, нормально развивающиеся первоклассники проявляют социальную направленность и доминирование в межличностных отношениях с одноклассниками, отличаются любознательностью. Экспертные оценки коррекционных педагогов свидетельствуют о затруднениях в саморегуляции при использовании средств невербальной коммуникации школьниками с легкой УО, включая наличие в их поведенческом репертуаре непривлекательных поз и движений, отсутствие культуры жестов. В 1-м классе у детей с легкой УО, как и в старшем дошкольном возрасте, сохраняются существенные нарушения показателей когнитивного компонента общения.

При сравнении первоклассников с легкой УО со сверстниками со ССРР выявилось сходство в развитии эмоционально-потребностного и когнитивного компонентов общения. Показатели регуляторного компонента существенно нарушены у детей при наличии снижения интеллекта. Эти дети не обладают навыкам самоконтроля при использовании средств невербальной коммуникации в социальных контактах в различными людьми. В целом, в I классе у школьников с легкой УО отмечается существенные нарушения при реализации всех трех компонентов общения, особенно по сравнению с нормально развивающимися учениками.

Таблица 2

## Развитие компонентов общения у детей в I классе

Компонент и показатель общения	Группа			p <
	норма (1)	ССРР (2)	легкая УО (3)	
Эмоционально-потребностный компонент				
Любознательность в общении	2,6 ± 1,2	2,2 ± 1,2	1,7 ± 1,0	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Стремление к общению с детьми	1,2 ± 0,9	1,2 ± 0,9	1,3 ± 0,8	–
Отгороженность	1,0 ± 1,3	1,6 ± 1,2	1,6 ± 1,3	1/3 – 0,05
Социоцентризм	–0,1 ± 1,0	0,1 ± 1,0	–0,7 ± 1,3	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Доминирование	0,3 ± 0,9	–0,1 ± 1,0	–0,1 ± 0,9	1/3 – 0,05
Регуляторный компонент				
Непривлекательные позы и движения	1,8 ± 1,1	1,5 ± 1,2	0,9 ± 1,2	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Самоконтроль невербальных реакций	2,1 ± 0,6	1,7 ± 1,0	1,2 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Культура жестов и движений	2,6 ± 1,0	2,0 ± 1,2	1,3 ± 1,1	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Самоконтроль при конфликте	2,3 ± 1,1	1,8 ± 1,5	0,7 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Когнитивный компонент				
Понимание отношения другого человека	2,2 ± 1,0	2,6 ± 1,1	0,9 ± 1,1	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Понимание людей при визуальном контакте	2,1 ± 1,1	2,5 ± 1,3	1,8 ± 1,4	1/3 – 0,05 2/3 – 0,05
Ориентировка в коммуникативном пространстве	2,7 ± 1,0	2,0 ± 1,1	1,7 ± 0,9	1/3 – 0,001
Способность формулировать обращение	2,6 ± 1,1	1,4 ± 1,3	1,2 ± 1,2	1/3 – 0,001

В процессе коррекционного обучения у учащихся I–IV классов с легкой УО развивается стремление к общению с детьми и доминированию (табл. 3). По сравнению с нормально развивающимися сверстниками, у них достоверно снижены проявление любознательности в общении, социоцентризм, они чаще демонстрируют потребность дистанцироваться в различных коммуникативных ситуациях. У школьников этих групп сохраняются существенные различия в реализации регуляторного и когнитивного компонентов. Учащиеся начальных классов с легкой УО по отдельным показателям оцениваются выше своих нормально развивающихся сверстников по результатам экспертных оценок учителей общеобразовательных школ. Например, в условиях коррекционного обучения у детей со сниженным интеллектом возникает высокая подчиняемость на фоне потребности при-

влечь к себе внимание одноклассников и наладить с ними контакты. К концу обучения в IV классе у них остаются константно низкими показатели развития когнитивного компонента общения.

*Таблица 3*  
*Развитие компонентов общения у детей во II–IV классах*

Компонент и показатель общения	Группа			p <
	норма (1)	ССРР (2)	легкая УО (3)	
Эмоционально-потребностный компонент				
Любознательность в общении	2,6 ± 0,9	2,3 ± 0,8	2,0 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Стремление к общению с детьми	1,3 ± 1,0	1,3 ± 1,0	1,1 ± 0,8	1/3 – 0,05 2/3 – 0,05
Отгороженность	1,1 ± 1,3	2,0 ± 1,4	1,7 ± 1,3	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Социоцентризм	0,3 ± 0,9	-0,5 ± 0,9	-0,5 ± 0,9	1/3 – 0,001
Доминирование	0,3 ± 0,7	0,5 ± 0,9	0,2 ± 1,0	2/3 – 0,05
Регуляторный компонент				
Непривлекательные позы и движения	1,4 ± 1,1	2,2 ± 1,0	1,8 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Самоконтроль невербальных реакций	2,5 ± 0,8	1,8 ± 1,0	1,5 ± 1,0	1/3 – 0,001
Культура жестов и движений	2,9 ± 0,8	1,7 ± 0,8	1,9 ± 0,8	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Самоконтроль при конфликте	2,8 ± 1,0	1,7 ± 1,1	1,4 ± 1,0	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Когнитивный компонент				
Понимание отношения другого человека	2,8 ± 0,9	2,3 ± 1,1	1,8 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Понимание людей при визуальном контакте	2,9 ± 0,9	2,1 ± 1,0	1,8 ± 1,0	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Ориентировка в коммуникативном пространстве	3,0 ± 0,8	2,3 ± 0,9	1,9 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Способность формулировать обращение	2,8 ± 0,8	2,4 ± 0,9	1,7 ± 0,8	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001

Учащиеся II–IV классов с легкой УО по показателям эмоционально-потребностного компонента общения незначительно отличаются от сверстников с ССРР. Они стремятся проявлять непринужденность и открытость в межличностных контактах. Нарушение мотивации проявляется в нежелании учащихся с легкой УО вступать в регулярное общение друг с другом. Во II–IV классах обнаружены количественные различия в показателях регуляторного компонента общения у учащихся с легкой УО и с



ССРР. На уровне тенденции выявлена положительная возрастная динамика в развитии данного компонента у учащихся с легкой УО. Этот результат подтверждает позитивное влияние коррекционной помощи для формирования навыков самоконтроля у детей при снижении интеллекта. На протяжении периода начального обучения у учащихся с легкой УО и со ССРР не выявлено возрастных различий в развитии когнитивного компонента общения.

У учащихся V–VII классов с легкой УО по сравнению с нормально развивающимися детьми за этот период обучения в школе выявлено снижение показателей эмоционально-потребностного и регуляторного компонентов общения (табл. 4). В развитии когнитивного компонента возрастных изменений не отмечается. К старшему подростковому возрасту у учащихся при наличии снижения интеллекта сохраняется отгороженность от контактов со сверстниками и незначительная потребность к доминированию во взаимоотношениях с ними. Данные показатели более существенно снижаются у нормально развивающихся подростков по сравнению с учениками с легкой УО. Выявленная возрастная особенность в условиях онтогенеза детерминирована саморефлексией этих школьников при осознании значимости межличностных отношений с другими одноклассниками.

В подростковом возрасте у учеников с ССРР нивелируются существенные различия в развитии трех компонентов общения, по сравнению со сверстниками с легкой УО. Коррекционные педагоги чаще отмечают положительный эффект в формировании навыков самоконтроля у школьников со снижением интеллекта за счет специально организованных условий их обучения и социализации.

При изучении регуляторного и когнитивного компонентов выявлены положительные возрастные изменения, но нарушение у подростков с легкой УО по-прежнему отличается общим стойким недоразвитием, затрагивая реализацию трех его компонентов.

При наличии диагноза «легкая умственная отсталость» отмечается выраженное нарушение когнитивного компонента общения, которое характеризуется отсутствием положительной возрастной динамики в понимании вербальных и невербальных средств коммуникации окружающих людей у детей от младшего школьного к подростковому возрасту. При сравнении особенностей общения детей с легкой УО с их нормально развивающимися ровесниками отмечается замедленное улучшение показателей регуляторного компонента при обучении в I классе. В младшем подростковом возрасте отмечается специфическое, выраженное улучшение спо-

собностей в регуляции своего поведения под воздействием педагогического общения и систематической коррекционной помощи. К старшему подростковому возрасту показатели данного компонента снижаются, но остаются в два раза выше по сравнению с возрастом 6–8 лет.

*Таблица 4*

*Развитие компонентов общения у детей в V–VII классах*

Компонент и показатель общения	Группа			p <
	норма (1)	ССРР (2)	легкая УО (3)	
<b>Эмоционально-потребностный компонент</b>				
Любознательность в общении	2,7 ± 1,0	2,1 ± 1,0	2,0 ± 1,0	1/3 – 0,001
Стремление к общению с детьми	1,7 ± 1,1	1,7 ± 1,0	1,4 ± 1,0	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Отгороженность	0,9 ± 1,1	1,2 ± 1,5	1,3 ± 1,3	1/3 – 0,001
Социоцентризм	–0,0 ± 1,0	–0,5 ± 1,0	–0,6 ± 1,0	1/3 – 0,001
Доминирование	–0,1 ± 1,0	0,3 ± 1,0	0,2 ± 1,0	1/3 – 0,001
<b>Регуляторный компонент</b>				
Непривлекательные позы и движения	1,3 ± 1,2	1,9 ± 1,1	1,7 ± 1,0	1/3 – 0,001
Самоконтроль невербальных реакций	2,5 ± 1,1	1,9 ± 0,9	2,0 ± 0,9	1/3 – 0,001
Культура жестов и движений	2,7 ± 1,0	2,0 ± 0,9	2,0 ± 1,0	1/3 – 0,001
Самоконтроль при конфликте	2,6 ± 1,1	2,1 ± 1,1	2,0 ± 1,0	1/3 – 0,001
<b>Когнитивный компонент</b>				
Понимание отношения другого человека	2,8 ± 0,9	2,4 ± 1,0	2,2 ± 0,9	1/3 – 0,001 2/3 – 0,05
Понимание людей при визуальном контакте	2,7 ± 1,0	2,1 ± 1,1	2,1 ± 1,0	1/3 – 0,001
Ориентировка в коммуникативном пространстве	2,8 ± 1,1	2,1 ± 1,1	2,1 ± 1,0	1/3 – 0,001
Способность формулировать обращение	2,7 ± 1,1	2,1 ± 0,9	2,0 ± 0,9	1/3 – 0,001

Систематическое целенаправленное коррекционное воздействие и стабильные социальные условия обучения и воспитания детей с легкой УО приводят к замедленным, но положительным результатам формирования коммуникативно-культурных навыков. В развитии эмоционально-потребностного компонента общения отмечается цикличность. Увеличение его показателей происходит в младшем подростковом возрасте при обучении детей с легкой УО во II–IV классах. Причиной этого становятся стабильные и положительные социальные условия и направленное коррекционное воздействие со стороны педагогов.

Пубертатный период и изменения в условиях школьного обучения в V–VII классах обуславливают снижение показателей развития эмоционально-потребностного компонента по сравнению с начальной школой, которое проявляется в нарушении стремления к общению с детьми. При сравнении особенностей развития данного компонента у детей с легкой УО и со ССРР сохраняется положительная возрастная динамика, которая проявляется в уменьшении различий в развитии мотивации у детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью.

### *Заключение*

Исследование показало, что при умственной отсталости: 1) ведущим можно считать нарушение когнитивного компонента общения, особенно на возрастном этапе от старшего дошкольного к младшему школьному возрасту; 2) существенно замедляется возрастное развитие регуляторного компонента общения; 3) проявляется возрастная цикличность в развитии эмоционально-потребностного компонента общения, показатели которого снижаются в младшем подростковом возрасте, но сохраняются на более высоком уровне развития в 6–8 лет и 9–12 лет.

Дети и подростки с легкой умственной отсталостью, воспитывающиеся в условиях семьи, отличаются недоразвитием всех компонентов общения по сравнению с нормально развивающимися сверстниками независимо от возраста и этапа обучения. В отличие от первоклассников со смешанными специфическими расстройствами развития, у детей с легкой умственной отсталостью выявлено снижение показателей регуляторного компонента. Во II–IV классах учащиеся с легкой умственной отсталостью демонстрируют выраженное нарушение показателей развития эмоционально-потребностного компонента общения по сравнению со школьниками со смешанными специфическими расстройствами развития. В V–VII классах специальной (коррекционной) школы на основании экспертных оценок коррекционных педагогов большинство различий между подростками с указанными диагнозами нивелируется.

Таким образом, изучение феноменологии возрастных закономерностей позволило выявить специфические проявления нарушения общения при умственной отсталости, которые проявляются в его стойком недоразвитии, гетерохронности реализации ведущих компонентов, дискретности изучаемых показателей. Спорадичность возрастной динамики нарушения общения при умственной отсталости существенно проявляется в цикличности реализации его эмоционально-потребностного компонента.

### *Литература*

1. *Андреева Г.М.* Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Аспект-Пресс, 2008. – 363 с.
2. *Выготский Л.С.* Собр. соч. : в 6 т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 231–256.
3. *Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 426–450.
4. *Волкова А.И.* Психология общения / А.И. Волкова. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 448 с.
5. *Глозман Ж.М.* Общение и здоровье личности / Ж.М. Глозман. – М. : Академия, 2002. – 208 с.
6. *Екжанова Е.А.* Системный подход к разработке программы коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением интеллекта / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева // Дефектология. – 1999. – № 6. – С. 25–34.
7. *Закрепина А.В.* Педагогическая помощь семье в воспитании ребенка дошкольного возраста с умеренной умственной отсталостью / А.В. Закрепина // Дефектология. – 2004. – № 2. – С. 33–39.
8. *Зельдович Б.З.* Деловое общение / Б.З. Зельдович. – М. : Альфа-Пресс, 2007. – 456 с.
9. *Клейберг Ю.А.* Психология девиантного поведения / Ю.А. Клейберг. – Тверь : Чудо, 1998. – 152 с.
10. *Кожалиева Ч.Б.* О возрастной динамике образа «я» у умственно отсталых подростков / Ч.Б. Кожалиева // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 36–42.
11. *Коломинский Я.Л.* Психология взаимоотношений в малых группах: общие и возрастные особенности : учеб. пособие / Я.Л. Коломенский. – 2-е изд., доп. – Минск : ТетраСистемс, 2000. – 432 с.
12. *Лабунская В.А.* Экспрессия человека : общение и межличностное познание / В.А. Лабунская. – Ростов н/Д : Феникс, 1999. – 608 с.
13. *Лебединская К.С., Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте / К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. – М. : Академический Проект; Трикста, 2011. – 303 с.
14. *Махова В.М.* Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе / В.М. Махова // Дефектология. – 2000. – № 6. – С. 9–14.
15. *Практическая психодиагностика : методики и тесты / ред.-сост. Д.Я. Райгородский.* – Самара : Бахрах-М, 2000. – 672 с.

16. *Прихожан А.М.* Тревожность у детей и подростков : психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М. ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 304 с.
17. *Свенцицкий А.Л.* Социальная психология / А.Л. Свенцицкий. – М. : ТК Велби, 2003. – 336 с.
18. *Сенько Т.В.* Изучение межличностного взаимодействия ребенка со сверстниками и взрослыми / В.И. Сенько. – Л. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1991. – 28 с.
19. *Слободчиков В.И.* Основы психологической антропологии. Психология человека : введение в психологию субъективности : учеб. пособие для вузов / В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев. – М. : Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
20. *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии : пер. с польского / Я. Стреляу. – М. : Прогресс, 1982. – С. 157–160. – 230 с.
21. *Швырков Б.В.* Введение в объективную психологию : нейрональные основы психики / Б.В. Швырков. – М. : Ин-т психологии РАН, 1995. – 164 с.
22. Эмоциональные и познавательные характеристики общения / под ред. В.А. Лабунской. – Ростов н/Д : Изд-во Ростов. ун-та, 1990. – С. 150–153. – 176 с.
23. *Armatas V.* Mental retardation : definitions, etiology, epidemiology and diagnosis / V. Armatas // J. of Sport and Health Research. – 2009. – Vol. 1, N 2. – P. 112–122.
24. *Cockerill H.* Supporting communication in the child with a learning disability / H. Cockerill // Current Paediatrics. – 2002. – Vol. 12, Issue 1, – P. 72–76.
25. *Dohmen-Burk R.* Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen / R. Dohmen-Burk. – Kröning : Asanger. – 2009. – 202 s.
26. *Hetzroni O.E.* Effects of a Positive Support Approach to Enhance Communicative Behaviors of Children with Mental Retardation who have Challenging Behaviors / O.E. Hetzroni, T. Roth // Education and Training in Developmental Disabilities. – 2003. – Vol. 38, N 1. – P. 95–105.

## **СТРУКТУРА И УРОВЕНЬ МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

Литовский университет наук о здоровье, Каунас, Литовская Республика;  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова;  
Международный институт резервных возможностей человека,  
Санкт-Петербург;  
Психотерапевтический кабинет, Паланга, Литовская Республика

### ***Введение***

Лечение лиц, зависимых от алкоголя, представляет собой сложный, долгосрочный и многогранный процесс, целью которого является достижение устойчивой и длительной ремиссии. Исключительно клинко-патологические и патогенетические знания не позволяют полностью объяснить механизмы и феномены, связанные с изменением зависимо-проблемного поведения, адаптацией к заболеванию, лечением, реабилитацией и профилактикой алкоголизма. Существующие подходы к диагностике алкоголизма и стандарты терапии недостаточно учитывают психологические особенности лиц, зависимых от алкоголя, и значение психологической составляющей лечебно-реабилитационного процесса. В лечебном процессе не всегда уделяется должное внимание значимым, но слабо исследованным мотивационным процессам, связанным с алкогольной болезнью: мотивации начала употребления и злоупотребления алкоголем, мотивации отказа от его употребления, мотивации на лечение, мотивации изменения зависимого поведения и мотивации на реабилитацию.

Отечественные и зарубежные психологи, понимая важность изучения данной проблемы и несмотря на сложность исследований мотивации в сфере здоровья, уделяют большое внимание изучению как нейропсихологических и психофизиологических аспектов мотивации, так и психологической проблемы мотивации на изменение зависимого поведения и вовлечения в процесс лечения [4, 6–9, 11–13, 15–18, 20–22].

И хотя в последнее время, благодаря своей социальной значимости, психология зависимостей превратилась в актуальное самостоятельное на-

правление в клинической психологии [1–3, 9, 10], проблема мотивации на лечение является одной из наименее разработанных проблем в клинической психологии и наркологии. Следует отметить, что, несмотря на явную теоретическую и практическую значимость изучения этой проблемы, подобные исследования теоретически недостаточно обоснованы, малочисленны и фрагментарны. Не разработаны практическая сторона оценки уровня и структуры мотивации на лечение, взаимосвязь мотивационного уровня внутренней картины болезни с мотивацией на лечение как структурным его компонентом. Не определены психологические предикторы мотивации к лечению, определяющие возможность прогнозирования вероятных результатов лечения и т.д. [5, 6, 9, 10].

По мнению Я.В. Колпакова (2010), изучение и учет структуры и уровня мотивации на лечение у больных алкоголизмом женщин позволило дифференцировать и оптимизировать медико-психологическое сопровождение и реабилитацию пациенток, снизить сроки лечения и увеличить продолжительность ремиссий.

*Целью* работы является изучение уровня и структуры мотивации на лечение у больных, зависимых от алкоголя, обратившихся за медицинской помощью в стационар и амбулаторно.

### ***Материал и методы***

Обследовали 30 женщин со средним возрастом ( $40,0 \pm 1,9$ ) года и 98 мужчин со средним возрастом ( $41,2 \pm 1,2$ ) года с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10). Средний срок формирования алкогольного абстинентного синдрома у женщин составил ( $7,4 \pm 3,7$ ) года, у мужчин – ( $12,7 \pm 5,3$ ) года. Пациенты проходили лечение стационарно в Центре лечения зависимостей (ЦЛЗ) Каунасского уезда (Литовская Республика) или амбулаторно – в психотерапевтическом наркологическом кабинете г. Кретинги (Литовская Республика).

Обследование проводили на 12–16-е сутки добровольной госпитализации в ЦЛЗ после купирования синдрома отмены или на 10–15-е сутки добровольного воздержания от алкоголя перед обращением в психотерапевтический наркологический кабинет.

Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования. Клиническую оценку больных, в соответствии с критериями МКБ-10, проводил руководитель отдела ЦЛЗ или руководитель психиатрического наркологического кабинета – врач психиатр-нарколог. Критериями невключения в исследование являлись: I и III стадии синдро-

ма зависимости от алкоголя (по критериям МКБ-10); коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими, аффективными преморбидными расстройствами, ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С; сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ; острые психотические состояния; хронические соматические заболевания в стадии обострения; отсутствие у больных желания участвовать в обследовании.

У пациентов оценили:

- уровень мотивации при помощи шкалы оценки изменений университета Род-Айленд (США) – University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) [19]. В России вариант этой методики авторизован и адаптирован на русский язык В.М. Ялтонским [9, 10]. Авторская методика включает 32 утверждения, на которые испытуемый дает согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5 баллов). Обработку результатов тестирования производили при помощи специальных ключей и расчетов, позволяющих установить, к какому уровню изменения поведения и готовности к лечению относится пациент. Показатель общей готовности рассчитывали из четырех основных компонентов мотивации (стадии): предварительное размышление, размышление, действия и сопровождающие действия. Общая готовность (уровень мотивации) до 8 баллов соответствует негативной мотивации к лечению, от 8 до 11 баллов – неустойчивой мотивации, от 11 до 14 баллов – позитивной мотивации. Пациентов, набравших более 14 баллов, отнесли к очень высокому уровню мотивации к лечению [19];

- цели лечения при помощи опросника самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем, который представляет собой адаптированный В.М. Ялтонским (2009) вариант методики R. Goldbeck, P. Myatt и T. Aitchison «End of treatment self-efficacy coping» (1997) [14]. Опросник позволяет определить компоненты воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем: «желание воздержания», «необходимость воздержания», «трудность воздержания», «желание помощи от других при воздержании», «понимание риска рецидива» путем ответа пациента на утверждения, каждое из которых сформулировано с раздваивающимся окончанием: два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны 7 градаций предпочтения;

- готовность к изменению и стремление к лечению при помощи опросника Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRA-



TES) который был разработан в США W.R. Miller, J.S. Tonigan (1996) [18]. В России эту методику адаптировал и авторизовал В.М. Ялтонский (2009). Опросник позволяет оценить уровень признания болезни, уровень амби-тендентно-амбивалентного отношения к болезни и уровень настойчивости в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя.

### *Результаты и их анализ*

Проведенные исследования позволили выделить 3 уровня мотивации на лечение: негативной мотивации на лечение (низкий), который характеризуется нежеланием лечиться, порывами продолжить контролируемое употребление алкоголя в будущем, внешней регуляцией поведения, пассивностью в процессе лечения и непониманием риска рецидивов; неустойчивой мотивации на лечение (средний), характеризующейся сочетанием противоречивых мотивов по отношению к употреблению алкоголя, их неустойчивостью, интериоризацией норм общества, осуждающих злоупотребление алкоголем, но поддерживающих контролируемое употребление алкоголя; позитивной мотивации на лечение (высокий), отличающейся наличием положительных установок на лечение, снижением доли внешнего регулирования поведения, возрастанием роли личности пациента в процессе лечения и самостоятельном выборе своего поведения.

Группы составлены по результатам итоговой оценки шкал опросника URICA (общая готовность в баллах). В группу с неустойчивой мотивацией вошли 8 человек (все мужчины), в группу с неустойчивой мотивацией – 74 человека (60 мужчин и 14 женщин) и в группу с позитивной мотивацией – 54 человека (34 мужчин и 20 женщин).

Для определения ведущего компонента каждого уровня мотивации была использована методика (URICA), определяющая стадию изменения зависимого поведения по модели J.O. Prochaska, C.C. DiClemente и J.C. Norcross (1992) [20]: стадия, предшествующая появлению регулярных размышлений о необходимости изменить зависимое от алкоголя поведения (компонент уровня мотивации – предварительные размышления); стадия размышления о необходимости изменения зависимого от алкоголя поведения (компонент уровня мотивации – размышления); стадия действий, отражает предпринимаемые больным конкретные действия, связанные с изменением зависимого от алкоголя поведения (компонент уровня мотивации – действия). Уровни мотивации на лечение и их компоненты представлены в табл. 1.

*Таблица 1*  
*Компоненты стадий и уровней мотивации на лечение, балл (M ± m)*

Компонент мотивации (стадия)	Уровень мотивации на лечение		
	негативный	неустойчивый	позитивный
Предварительные размышления	23,0 ± 2,0	15,1 ± 0,3	10,7 ± 0,4
Размышления	25,8 ± 0,4	29,0 ± 0,2	33,4 ± 0,2
Действия	24,3 ± 1,1	28,5 ± 0,3	31,4 ± 0,4
Сопровождающие действия	21,5 ± 1,2	26,3 ± 0,7	30,9 ± 0,5
Общая готовность	6,9 ± 0,2	9,8 ± 0,1	12,1 ± 0,1

Из данных табл. 1 следует, что при низком уровне мотивации наблюдаются практически одинаковые показатели всех компонентов мотивации на лечение. С возрастанием мотивации на лечение результаты теста показывают последовательное и достоверное ( $p < 0,01$ ) увеличение осознанности желания лечиться (возникают серьезные размышления, которые сопровождают осознанные реальные действия и общую готовность к лечению). По мере возрастания уровня мотивации отмечается также достоверное снижение ( $p < 0,01$ ) предварительных размышлений о необходимости лечения.

При среднем и высоком уровнях мотивации у пациентов чаще присутствовали размышления, которые сопровождались реальными действиями, и общая готовность к лечению (см. табл. 1). Таким образом, с увеличением уровня мотивации на лечение наблюдается достоверное увеличение показателей действенных компонентов-стадий мотивации.

При негативной мотивации на лечение у пациентов не был выражен компонент «предваряющие размышления об изменении зависимого поведения». Возможно, они не признавали присутствия у них проблем алкоголизации или не были обеспокоены ими (см. табл. 1). Окружающие лица, видя зависимое поведение, пытались обратить внимание больных на наличие этих проблем, но те практически не реагировали на это и считали, что убедительных причин для изменения зависимого от алкоголя поведения у них нет.

При неустойчивой мотивации на лечение компонент-стадия «размышления об изменении зависимого поведения» характеризовался тем, что переход на эту стадию с предыдущей был связан скорее не с принуждением окружающих лиц, а с получением своевременной и лично значимой для больного информации. Пациенты с этим уровнем мотивации начинают задумываться об изменении поведения, связанного со злоупотреб-

лением алкоголя, и сопоставлять, «взвешивать на внутренних весах» доводы за и против (см. табл. 1). «Весы качаются то в одну сторону, то в другую», сомнения в правильности выбора и стремление «пить как раньше», контролировать прием алкоголя и прекращать это делать полностью начинают одолевать больных. Пациенты начинают искать помощь в решении проблемы, которую не могут решить сами и которую еще только начинают признавать.

При позитивной мотивации на лечение компонент-стадия «действия» характеризовалась тем, что пациенты были готовы к изменению зависимого поведения и настроены на достижение реальной цели. Они начинали понимать пусковые факторы, приводящие к рецидиву зависимого поведения (см. табл. 1). В этой стадии психотерапевту необходимо обучить пациентов снимать начальные проявления влечения к алкоголю и подавлять негативные эмоции, на фоне которых раньше возникали рецидивы. На этой стадии больные пытались активно сопротивляться давлению со стороны окружающих, вовлекающих их снова в употребление алкоголя.

Уход от чрезмерного употребления алкоголя способствовал повышению качества жизни, у пациентов появлялось свободное время, и большинство с удивлением обнаруживали, что у них отсутствуют навыки проведения свободного времени без употребления алкоголя. Пациенты пытались находить новые виды деятельности, не связанные с употреблением алкоголя, создать социально-поддерживающую сеть из числа людей, не употребляющих алкоголь, включались в работы сообщества «Анонимные алкоголики». Социальную поддержку старались получить у лечащего врача или психолога.

Структура целеполагания на лечение в мотивационных группах представлена на рис. 1. Установлено, что с усилением мотивации на лечение существенно ( $p < 0,05$ ) снижается доля пациентов, посетивших лечебное учреждение без определенной цели соответственно с 16,7, 1,9 и до 2,4 %, а также имеющих целью выработать контроль над дозой и частотой употребления алкоголя с 33,3, 9,3 и 2,4 %.

В группах пациентов с негативной и неустойчивой мотивацией преобладали лица, целью лечения которых был временный отказ от употребления алкоголя (50,0 и 55,6 %), тогда как в группе с позитивным уровнем мотивации таких пациентов оказалось лишь 23,8 %.

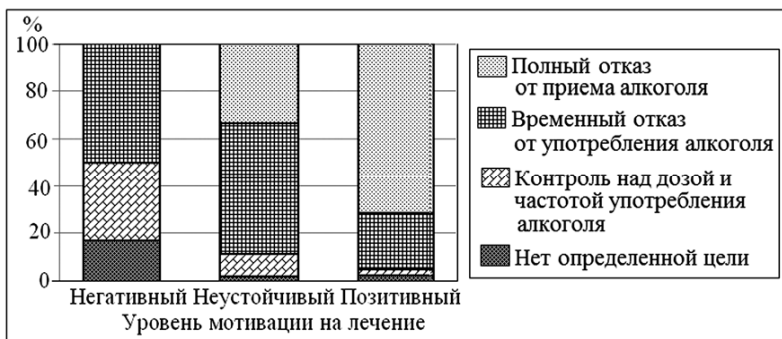


Рис. 1. Структура целей лечения при различных уровнях мотивации на лечение

В группе с позитивным уровнем мотивации доминировали пациенты с наиболее серьезными целями, а именно полностью отказаться от приема алкоголя (71,4 %). В группе с неустойчивой мотивацией эти пациенты составили 33,3 %, в группе с негативной мотивацией таких лиц не было. Таким образом, лечебные цели, которые для себя определили пациенты, достоверно связаны с уровнем мотивации на лечение, или, другими словами, об уровне мотивации на лечение можно судить по тем целям, которые сформулировал для себя пациент. Чем серьезнее цель лечения больного, тем выше его мотивационный потенциал.

К когнитивным предикторам мотивации на лечение относятся шкалы «признание болезни» и «амбитенденто-амбивалентное отношение к болезни» теста SOCRATES [18], а также эффективность воздержания от употребления алкоголя по опроснику оценки самооффективности воздержания от употребления алкоголя [14]. Высокий балл по шкале «признание болезни» означает, что пациент осведомлен о своих проблемах, связанных с употреблением алкоголя, стремится к переменам и считает, что все проблемы будут продолжаться, если он сам не изменится. Низкий балл по этой шкале означает, что пациент не связывает возникновение у себя серьезных проблем с употреблением алкоголя и отвергает такие диагностические определения, как «проблемы пьющего» и «алкоголик», и не выражает стремления к переменам.

Высокий балл по шкале «амбитенденто-амбивалентное отношение к болезни» теста SOCRATES отражает двойственность или неуверенность больных в своем состоянии: их посещают мысли о необходимости контролирования выпивки, о том, что пьют слишком много, при этом наносят

ущерб себе и другим людям. Такой характер мыслей обычно бывает сильно выражен при неустойчивой мотивации. Низкие баллы по этой шкале означают, что больные не сомневаются в том, что с ними происходит. Они уверены, или что пить умеют и нет никаких проблем с употреблением алкоголя, или что они алкоголики и обязательно нужно лечиться.

Результаты исследования признания болезни и амбивалентно-амбивалентное отношение к болезни теста SOCRATES в группах пациентов представлены на рис. 2.

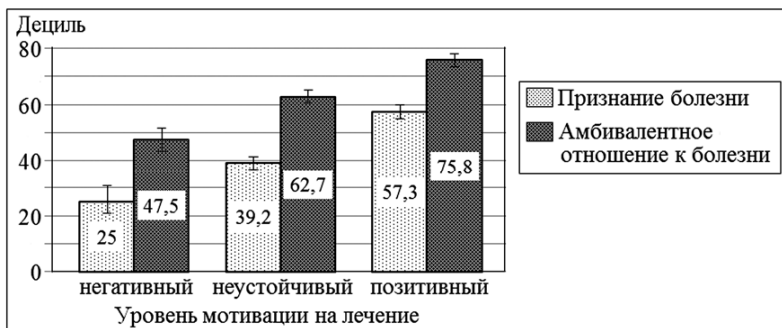


Рис. 2. Характеристика когнитивных предикторов мотивации на лечение

Данные рис. 2 демонстрируют устойчивый статистически значимый ( $p < 0,01$ ) рост манифестации осознанных отношений к болезни с ростом уровня мотивации к лечению, проявляющихся по шкале «признание болезни». Этот показатель в группе лиц с негативной мотивацией на лечение составил  $(25,0 \pm 5,7)$  дециля, в группе с неустойчивой мотивацией –  $(39,2 \pm 2,2)$  дециля, в группе с позитивной мотивацией на лечение –  $(57,3 \pm 2,5)$  дециля. По шкале «амбивалентно-амбивалентное отношение к болезни» показатель в группе с негативной мотивацией на лечение был  $(47,5 \pm 4,1)$  дециля, в группе с неустойчивой мотивацией –  $(62,7 \pm 2,3)$  дециля, в группе с позитивной мотивацией на лечение –  $(75,8 \pm 2,3)$  дециля.

Результаты исследования самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем в группах пациентов представлены в табл. 2. Оказалось, что с ростом уровня мотивации на лечение увеличивается «желание воздержания» от употребления алкоголя ( $p < 0,05$ ). Показатели шкалы, которые расшифровывают «необходимость воздержания», были не столь однозначны.

*Таблица 2*

*Показатели воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем в группах больных, балл (M ± m)*

Показатель воздержания	Уровень мотивации на лечение		
	негативный	неустойчивый	позитивный
Желание воздержания	5,3 ± 0,8	5,7 ± 0,2	6,4 ± 0,2
Необходимость воздержания	6,7 ± 0,2	5,9 ± 0,2	6,3 ± 0,1
Трудность воздержания	4,0 ± 1,1	3,9 ± 0,3	3,7 ± 0,4
Желание помощи от других при воздержании	5,7 ± 0,8	3,9 ± 0,3	5,1 ± 0,4
Понимание риска рецидива	3,0 ± 1,3	4,8 ± 0,3	5,0 ± 0,3

Показатель «трудность воздержания» демонстрирует устойчивую тенденцию к уменьшению с возрастанием уровня мотивации на лечение ( $p > 0,05$ ). Показатель, полученный по шкале «желание помощи от других при воздержании», как и показатель шкалы «необходимость воздержания», не выявили однозначной динамики. С ростом уровня мотивации вначале происходит достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение их значений, а затем и столь же достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение. Показатель, определяемый по шкале «понимание риска рецидива», устойчиво ( $p < 0,05$ ) возрастает с ростом мотивации на лечение. Полученные результаты могут служить психотерапевтическими мишенями при проведении лечения.

### ***Заключение***

Проведенный анализ предикторов и компонентов мотивов на лечение позволил сделать выводы.

1. Мотивация на лечение у больных алкоголизмом имеет достаточно сложную структуру, которую можно представить на трех уровнях: негативный (низкий) уровень, неустойчивый (средний) и позитивный (высокий) уровень.

Негативный уровень характеризуется нежеланием лечиться, порывами продолжить контролируемое употребление алкоголя в будущем, внешней регуляцией поведения, пассивностью в процессе лечения и непониманием риска рецидивов. Неустойчивый уровень характеризуется сочетанием противоречивых мотивов по отношению к употреблению алкоголя, их неустойчивостью, интериоризацией норм общества, осуждающих злоупотребление алкоголем, но поддерживающих контролируемое употребление

алкоголя. Позитивный уровень отличается наличием положительных установок на лечение, снижением доли внешнего регулирования поведения, возрастанием роли личности пациента в процессе лечения и самостоятельном выборе своего поведения.

2. Ценностно-смысловыми предикторами мотивации к лечению у больных зависимых от алкоголя являются: при низком уровне – отсутствие осознанных целей лечения, направленность на контролируемый или временный отказ приема алкоголя, при среднем уровне – выбор целей лечения в основном как временный отказ от употребления алкоголя и при позитивном уровне – выбор цели лечения как полного отказа от употребления алкоголя.

3. Когнитивными предикторами мотивации к лечению у больных алкоголизмом являются: при негативном уровне – слабое понимание и осознание болезни, средний уровень амбивалентно-амбивалентного отношения к ней, умеренная самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем; при неустойчивом уровне – достаточное признание наличия болезни с выраженным амбивалентно-амбивалентным отношением к ней в сочетании со средней самоэффективностью воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем; при позитивном уровне – достаточно высокое признание болезни, с высоким амбивалентно-амбивалентным отношением к ней при повышенном целеполагании на воздержание от употребления алкоголя в ближайшем будущем, выраженное желанием получения помощи от других и с высоким пониманием рисков рецидивов.

### *Литература*

1. *Блохин К.Н.* Нарушения переживания времени у больных опийной наркоманией : автореф. дис. ... канд. психол. наук / К.Н. Блохин. – М., 2006. – 24 с.

2. *Ениколопов С.Н.* Психологические проблемы патологического влечения к азартным играм / С.Н. Ениколопов, Д.А. Умняшкина // *Вопр. психологии.* – 2007. – № 3. – С. 2–99

3. *Зенцова Н.И.* Когнитивные факторы психосоциальной адаптации лиц, зависимых от алкоголя и героина : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.И. Зенцова. – М., 2009. – 24 с.

4. *Колпаков Я.В.* Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Я.В. Колпаков. – М., 2010. – 25 с.

5. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Поляк О.Б. – СПб., 2009. – 24 с.

6. Сирота Н.А. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М. : Мед. информ. аг-во, 2008. – С. 369–406.

7. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций / Л.С. Цветкова. – М. : Акад. проект, 2004. – 383 с.

8. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении : автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.Б. Холмогорова. – М., 1983. – 17 с.

9. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ / В.М. Ялтонский // Вопр. наркологии. – 2009. – № 6. – С. 68–76.

10. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от психоактивных веществ / В.М. Ялтонский // Материалы I Рос. нац. конгр. по наркологии. – М. : ННЦ наркологии, 2009. – С. 225–226.

11. DiClemente C.C. Changing addictive behaviors: a process perspective / C.C. DiClemente // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50, N 11. – P. 1427–1434.

12. Donovan D.M. To thine own self be true : Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers / D.M. Donovan, D.B. Rosengren // Add. Beh. – 2000. – Vol. 25. – Iss. 5 (Sept–Oct). – P. 743–757.

13. De Leon G. The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy / G. De Leon, G. Melnick, J. Hawke // Advances in Medical Sociology. – 2000. – N 7. – P. 103–129.

14. Goldbeck R. End of treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence / R. Goldbeck, P. Myatt, T. Aitchison // Addiction. – 1997. – Vol. 92, N 3. – P. 313–324.

15. Greenfield S.H. Studies of familial alcoholism: A review / S.H. Greenfield // J. Clinical Psychiatry. – 2007. – Vol. 45, N 12. – Sect. 2. – P. 14–17.

16. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated / M.L. Hiller // Substance Abusers Substance Use & Misuse. – 2009. – N 44. – P. 28–41.

17. Miller W.R. Motivational interviewing: Preparing people to change / W.R. Miller, S. Rollnick. – New York : Guilford, 2002. – 212 p.



18. *Miller W.R.* Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) / W.R. Miller, J.S. Tonigan // *Psychol. of Add. Beh.* – 1996. – Vol. 10, N 2. – P. 81–89.

19. *McConnaughy E.N.* Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles / E.N. McConnaughy, J.O. Prochaska, W.F. Velicer // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* – 1983. – N 20. – P. 368–375.

20. *Prochaska J.O.* Stages of change in the modification of problem behaviors / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // *Progress in Behavior Modification / M. Hersen, R.M. Eisler, W.M. Miller (eds).* – Sycamore, PL, 1992. – P.184–214.

21. *Simpson D.D.* Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment / D.D. Simpson, G.W. Joe // *Psychotherapy.* – 1993. – Vol. 30. – N 2. – P. 357–368.

22. *Wild T.C.* Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective / T.C. Wild, J.A. Cunningham, R.M. Ryan // *Add. Behaviors.* – 2006. – N 31. – P. 1858–1872.

# СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 17.022.1 : 316.75

*А.Н. Алехин, Н.Н. Королева, О.А. Литвиненко*

## **ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ РОССИИ \***

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
Санкт-Петербург

При обосновании и разработке мероприятий психологической профилактики, психологической диагностики и коррекции нарушений психического развития, нарушений психической адаптации и здоровья, формирования зависимости и других форм саморазрушающего поведения проблема научного обоснования психологических технологий становится как никогда актуальной. Эта проблема, однако, или умалчивается, или просто не рефлексируется профессиональным сообществом, предпочитающим привычные схемы теоретизирования при решении актуальных практических задач. Здесь возникает очевидное противоречие: теоретические схемы разрабатывались в одном социокультурном контексте, а накладываются на совершенно иную действительность, порождая симулякры и псевдореальность [1, 2].

Мы по-прежнему утверждаем, что стоим на позициях культурно-исторической теории развития психики человека, но фактически игнорируем этот метод, стремясь означить новые и непонятные феномены, такие как саморазрушающее поведение подростков, например, в терминах и понятиях отжившего, называя многообразие форм адаптации девиациями. Дело вот в чем. За последние два десятилетия в России произошли эпохальные сдвиги социокультурной ситуации, психологические аспекты которых специалистами не анализируются и не формулируются, хотя они являются актуальными темами философских, социологических, культуральных изысканий. Данная работа призвана восполнить этот пробел и сформулировать актуальные направления исследований и теоретических обоб-

---

\* Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 13-06-00270).

щений, способных стать основанием эффективной психологической практики.

Согласно культурно-исторической концепции формирования и развития психики Л.С. Выготского [3], которая до сих пор не опровергнута убедительно несмотря на предпринятые попытки [6], эти процессы являются следствием взаимодействия ребенка с условиями его формирования и развития, результат которого есть интериоризация средств культуры для обеспечения адаптации человека. Трансформация социокультурной ситуации, произошедшая на протяжении жизни одного поколения, представляет собой реальную возможность фактического наблюдения и исследования ее следствий для человека. Конечно, Россия не уникальна в этом отношении. Изменения происходят во всем мире. Мультимедийная среда формирования психики, новые формы игры и коммуникации, завершившаяся сексуальная революция и разрушение традиционных дискурсивных практик – реалии современного мира. Просто в России эти процессы разворачиваются настолько стремительно, что наука не поспевает уловить нарождающиеся феномены «нового человека».

В аспекте психологических следствий, независимо от политических и экономических новаций, период новообразований в России последних десятилетий можно условно разделить на три фазы:

1) 1972–1979 гг. – период относительной социокультурной и экономической стабильности, моноидеологии;

2) 1984–1991 гг. – девальвация укорененных ценностей; смена общественно-политического строя, перестройка, политическая, экономическая и социокультурная дестабилизация;

3) 1995–2002 гг. – период тотальной неопределенности в условиях нарождающейся идеологии потребления.

Можно рассматривать эти периоды как качественно иные условия формирования и развития личности ребенка, рожденного в соответствующие годы. Итак, 1-й рассматриваемый период новейшей истории России можно охарактеризовать как период закрытости, коллективизма, моноидеологии, носителями которой было все взрослое население страны, представляя собой того самого значимого Другого, в отношении с которым и формируется идентичность личности. Это легко усматривается в ценностях, формулируемых идеологией. Четкие установки и правила буквально диктовали людям, как нужно жить, относиться к делу и согражданам, организовывать досуг. Сложилась общность людей – советский народ. Запад и все, что проникало в страну извне, объявлялось чуждым, ведущим к раз-

ложению общества. Обучение детей в школе, воспитание и последующее образование молодежи строились по плану коммунистических молодежных организаций. Школа воспитывала ребенка как юного строителя коммунизма, учащегося для блага Родины [13]. Среди законов, отражающих настрой и цели пионеров, прописывались также и обычаи, в которых отражены и правила организации их жизни вне школы, вплоть до конкретных деталей поведения [7, с. 18]. Таким образом, советская школа, помимо формирования необходимых знаний школьной программы и передачи культурных ценностей общества, воспитывала детей в системе особых норм человеческих отношений.

Идеология регулировала и семейные отношения. Развод жестоко осуждался, порочил моральный облик человека, причины развода тщательно выяснялись. Как пишет об этом социолог Т.А. Гурко: «В СССР от “брачного профиля” человека зависело все: продвижение по партийной линии, предоставление очереди на жилье, возможность выезда за границу. “Добропорядочный семьянин”, состоящий в первом браке и имеющий детей, имел больше шансов на успех в любой сфере деятельности» [14]. Согласно статистике, количество разводов в 1975 г. составило 3,6 % на 1000 человек населения, но и уровень браков был довольно высок – 10,1 % (для сравнения: в 1980 г. он – 7,9 %, а в 1990 г. снизился до 6,2 %).

Проповедовался культ молодости, активности, заботы о здоровье. Разновидностью организации времени школьников становится посещение музыкальных школ. В стране функционирует 28 фабрик музыкальных инструментов, и только санкт-петербургский «Красный октябрь» производит 10 тыс. фортепиано в год, что позволяет удовлетворить потребительский запрос.

Важной характеристикой эпохи выступают средства массовой информации (СМИ), литература, кинематограф, музыка. Героям киноэкранов подражают, пытаются выглядеть, вести себя, говорить так, как телевизионные кумиры. На Центральном телевидении выходит передача «От всей души», в которой ведущая рассказывает о ветеранах труда, мастерах «золотые руки»; где встречаются друзья-однополчане, потерявшиеся родители и дети. «Настоящий советский человек – главный типаж, воспеваемый программой... Факт того, что “покажут по телевидению”, – высшая форма морального поощрения, итог достойно пройденной жизни» [9, с. 40]. Как одна из самых интеллектуальных славится передача «Что? Где? Когда?». В качестве призов за выигрыш вручаются книги – знак, направляющий к еще большему пополнению знаний.

Советский народ много читает. С.Г. Кара-Мурза пишет: «Вероятно, главную роль в создании и поддержании общего ядра сыграла единая общеобразовательная школа, давшая общий язык и приобщившая всех жителей СССР и к русской литературе, и к общему господствующему типу рациональности (синтезу Просвещения и космического чувства традиционного общества)» [15]. В печатной литературе самая престижная книжная серия «Библиотека всемирной литературы» – 200 томов. Выпускаются издания 30-томной Большой советской энциклопедии, которая составляется на основе классового партийного подхода, на что указывает редактор, – считается, что классовая партийность адекватна научности.

Люди убеждены, что живут в спокойной, безопасной стране, обещающей стабильность в трудоустройстве, ценах. Как формулирует это Е.Т. Гайдар, власть «не обещает счастья на земле, достаточно стабильности цен, стабильности занятости, стабильности структуры производства, базой которой является всевозрастающий поток нефтяных доходов, связанных с благоприятной экономической конъюнктурой» [9, с. 182]. В кинематографе популярны герои фильмов «Семнадцать мгновений весны», «Следствие ведут знатоки» и др., персонажи которых символизируют собой выдержку, мужественность, находчивость граждан СССР, исполняющих свой профессиональный и общечеловеческий долг. Советский народ был активен и в самодеятельности, в СССР существовало более ста клубов самодеятельной песни, что являлось самым массовым неофициальным движением в стране. Очевидно, что такое массивное воздействие значимого Другого формировало совершенно определенный тип личности, тип советского человека, пренебрежительно называемого Homo Sovieticus, направленность системы отношений и поведения которого характеризовалась коллективистским настроем в интересах партии, государства, общества в целом, верой в общую цель и отвержением всего, что могло бы противоречить установленной идеологии.

2-й выделенный нами период начинается с того, что картина благополучия в глазах советских граждан начинает постепенно рушиться. Разворачиваются трагические события ~~ми~~ в Афганистане, ухудшается экономическое положение страны, наблюдается тотальный дефицит продуктов, возникают громкие дела о хищении социалистической собственности. Эти и другие явления экономического и политического характера предуготовили переход к следующей фазе.

Наведение дисциплины не требует больших вложений, а эффект может дать огромный – обещает секретарь ЦК КПСС Ю.В. Андропов [10, с.

71]. Милиционеры, дружинники начинают вылавливать прогульщиков и случайных людей в магазинах, кинотеатрах, парикмахерских, химчистках, банях, на спортивных соревнованиях, в местах репетиций художественной самодеятельности, которые в рабочее время официально запрещают. Их лишают премий, наказывают их руководителей, остро встает проблема алкоголизма в стране, потребление алкоголя в 1985 г. превысило все мировые и исторические рекорды.

Советский народ все еще доверчив, одним из подтверждений доверчивости людей в данный период является наплыв и возрастающая популярность представителей нетрадиционной медицины, целителей, экстрасенсов, в ряду которых А. Чумак, А. Кашпировский, Джуна и др. Альтернатива появляется и в молодежных кругах. В СССР возникают неформальные движения, базой одного из которых становится «брейк-данс» – танец, имитирующий движения робота и исполняющийся на спине, на руках. Моноидеология с ее комплексами ГТО в прошлом; теперь есть возможность попробовать себя в новых общностях, это неизведанно, свежо и тем самым привлекательно.

На экранах появляются новые объекты для подражания. «Покровские ворота», где герой О. Меньшикова, ловелас из коммуналки, «ставит личное выше общественного вопреки власти, требующей обратного... В пространных патетических монологах героини отстаивают право на счастье» [10, с. 64]. Полюбившийся зрителям О. Янковский в фильмах «Влюблен по собственному желанию», «Полеты во сне и наяву» из роли в роль играет мечущегося, сомневающегося, неустроенного и недовольного жизнью человека. Герой В. Соломина из кинофильма «Зимняя вишня», несмелый, неуспешный, мечется между женой и любовницей. Настроения героев в кинематографе отражают настроение страны. Вера в общую идею, цель и стабильность, существовавшая буквально несколько лет назад, успешно дискредитируется. Больше нет стойкой уверенности в том, что государство обеспечит стабильность жизни, снижается доверие к правдивости демонстрируемого благополучия. Каждый теперь рассчитывает только на себя, свои силы, что тяжело перенести людям, привыкшим к ясности целей и режиму.

В 1988 г. появляются скандальные фильмы «Маленькая Вера» В. Пичула и «Интердевочка» П. Тодоровского. «“Маленькая Вера” официально считается первым отечественным фильмом, вырвавшимся за рамки дозволенного тогдашней цензурой показа интимной жизни на экране» [12,

с. 60–61]. После появления этих двух картин советский зритель узнает, что секс в стране не только существует, но его можно и купить.

Выходит фильм С. Говорухина «Так жить нельзя» (1990 г.) который освещает «перестроечную» жизнь в России. Режиссер показывает «жирующих» перекупщиков, огромные очереди за водкой, преступность, разбой, не знающих куда прибиться беженцев.

Появляются первые видеомэгафоны, их обладатели устраивают кинопоказы платно, в репертуаре боевики и эротические фильмы, что преследуется законом. За незаконное предпринимательство и порнографию могут посадить. Люди смотрят по несколько фильмов в день, видео альтернативно официальному телевидению, образует новую общность людей, дает повод для нового вида взаимодействия, обмена кассетами, доставляет поток новой информации о зарубежной жизни, о которой советский человек имел совершенно смутное или искренне ложное представление.

Объявляется гласность, начинают показывать запрещенные до этого фильмы, в магазинах продаются «запрещенные» книги. Проводятся телевизионные мосты с США, выходят новые телепередачи: «До и после полуночи» – информационно-музыкальная программа, в которой интервью ведущего с гостем прерываются музыкальными номерами; «Прожектор перестройки», где освещаются первые результаты перестройки и прояс.; «Взгляд» – программа, в которой «острота разговора в студии – главный критерий интереса... приглашаются самые смелоговорящие люди страны» [10, с. 186] – режиссеры, историки и т. д.

Экономическое положение в стране не улучшалось. Предприятия не финансировались, сокращались места. Образовывались забастовки трудящихся. 850 тыс. человек за годы перестройки эмигрировало в США, Израиль, Канаду. К 1990 г. наилучшая страна стала наихудшей. Появляются так называемые «челноки», они же перекупщики, среди них встречаются даже бывшие работники НИИ, заводов, фабрик. Наконец, упразднение СССР и появление Российской Федерации породили тотальную неопределенность граждан страны в завтрашнем дне. Прежде, несмотря на дефициты и строгий контроль за дисциплиной, у советского человека сохранялось ощущение спокойствия, определенности, принадлежности к общности советских людей, дарующее ощущение безопасности. Теперь события, происходящие в соседних республиках, в столице, деятельность нового правительства становятся источником коллективной тревоги и растерянности.

В школах «после распада СССР и потери актуальности коммунистических идей, отмены фактически обязательного вступления детей в идео-

логические организации, пионерские организации в массе своей самораспустились. В 1990-х гг. в России сторонниками коммунистических идей были воссозданы новые немногочисленные пионерские организации» [16], но теперь уже заинтересованность родителей в том, чтобы ребенок воспитывался в духе построения коммунизма, отпадает за ненадобностью, а значение и польза старых школьных традиций не воспринимаются как необходимые.

Постперестроечный период не менее сложный и неоднозначный, чем перестроечный. Из-за сложного экономического положения страны закрываются предприятия, фабрики, заводы. Трудящиеся на сохранившихся рабочих местах сталкиваются с постоянными задержками зарплат, на прилавках нет продуктов. Из-за несвоевременных выплат с 1995 по 1998 г. в разных уголках страны регулярно бастуют рабочие.

Из-за проблем с финансированием закрывается много детских садов. В школе обучение бесплатное, но к концу 1990-х учебники для школьников приходится покупать. Пересматриваются многие учебные программы, в качестве эксперимента их внедряют в школы, нередко новшества оказываются неудачными. Вспоминая, как детально были прописаны правила поведения ребенка 1-го рассмотренного периода и какое значение для него имело их соблюдение, становится очевидным, что такие навыки, как планирование, целеполагание, закреплявшиеся с детских лет и только развивавшиеся в процессе жизни и деятельности у детей двух следующих периодов, так или иначе формировались родителями. Выполнение требований к внешнему виду и поведению (как нужно стоять, сидеть, обращаться к старшим, помогать им) – имело для детей высокую значимость, так как подкреплялось выходом на следующую ступень пионерской организации, означало соответствие этой высокой чести или, как минимум, не вызывало порицания. Дети двух следующих периодов в отсутствие подобной системы просто не имели возможности развиваться на том же уровне, им не устанавливали планки требований, а без этого сложно развить способность к упорству в достижении целей.

В этот же период открываются коммерческие вузы и множество филиалов учебных заведений. Бесплатное образование ограничено бюджетными местами, впервые появляются платные места, не предполагающие стипендию независимо от успешности обучения. Такое положение вещей плюс задержки зарплат вызывают у родителей переживания за образование и будущее своих детей. Дальнейшее трудоустройство отныне не предполагается.



В середине 1990-х гг. Россию захлестывает волна деятельности финансовых мошенников, которые выманивают у доверчивых людей их трудовые сбережения. Телевидение при этом играет самую неблагоприятную роль, соблазняя доверчивых граждан навязчивой рекламой «МММ», «Хо-пер-инвест» и т. п. Это то самое телевидение, которому советский народ был приучен доверять безоговорочно.

Появляются новые средства связи – пейджеры и мобильные телефоны. Последние для простого человека – непозволительная роскошь. Наблюдаются они чаще у так называемых «новых русских». Наиболее криминальными и агрессивными представляются рэкетеры, вымогатели и шантажисты, которые угрозами расправы и жестокого насилия контролируют, по разным оценкам, от 50 до 90 % всего российского бизнеса. В центральной части страны часто происходят убийства государственных деятелей, помощников депутатов, криминальные показатели растут. Количество преступлений пугает общество, привыкшее к мысли о том, что жизнь в стране относительно безопасна.

На телевидении появляется большое количество рекламы, среди порошков, средств для мытья посуды рекламируют лекарственные препараты. В 1996 г. доверие телевидению влияет на выручки аптек, в стране покупают 20 % отечественных препаратов и 80 % импортных.

В России растет рост наркомании, страна попадает в список мировых лидеров по употреблению наркотиков. Согласно статистике, в 1995 г. в медицинских учреждениях зарегистрировано 65 тыс. человек с диагнозом наркомания, в 1997 г. – 88 тыс., в 1999 г. – 209 тыс., и к 2000 г. их число превысило 2 млн.

Происходит ряд террористических актов, взрывы в метро, на площадях, захват больниц, похищают журналистов. Эти события связываются с Чечней, воспринимаемой как «гнездо разбойников».

В августе 1998 г., несмотря на обещание президента о том, что девальвации рубля не случится, происходит дефолт. Люди, имевшие какие-либо сбережения, теряют их, прилавки опустошаются. Скуплены товары долговременного пользования и хранения, нет рыбы, мяса, резко сократился импорт, с рынка уходят западные компании, брокеры, финансисты, специалисты по туризму теряют работу.

В начале 2000-х гг. на телевидении множество каналов и телепередач на любой вкус. Подавляющая часть отечественных фильмов данного периода про криминал или борьбу с ним. Так, герой С. Бодрова в фильме «Брат» борется со злом в Питере, потом в Москве, а потом отправляется

добивать мировое зло в Америку. Выпускается огромное количество популярной музыки, именуемой «попсой», чаще низкого качества.

С отменой идеологии бывший советский человек потерял точки опоры и четко сформулированные идеологией цели. Жизнь по заданному образцу, при всех ее отрицательных сторонах, давала определенность, уверенность в завтрашнем дне, понимании, к чему стремиться. В ситуации, когда выбор неограничен, а цели неясны, человек, особенно молодой, ищет себя в рамках того, что представлено обществом, и не всегда находит то, что соответствовало бы его интересам и притязаниям, которые тоже чаще всего представляет размыто. Стремление отличаться от большинства может быть связано с нежеланием уподобляться «серой массе», с неприятием устоев семьи, с подражанием или отдачей дани моде, желанием утвердиться или привлечь к себе внимание.

Таким образом, социоэкономические преобразования в России последних десятилетий сформировали несколько поколений совершенно разного психологического склада.

Современные социологические исследования [5] показывают, что поколения, формирование и развитие которых пришлось на выделенные периоды новейшей истории, существенно различаются по структурной организации и содержанию ценностно-смысловых ориентаций.

Российские подростки 1970-х гг. развивались в условиях единых стандартов социализации, нормативной системы заданных обществом ценностных векторов. Интенсивное идеологическое воздействие государства приводило к тому, что подростки, по сути, выступали пассивными объектами воспитания, их ценностные ориентиры копировали, воспроизводили общественные цели и идеалы советской эпохи. Для них характерна высокая удовлетворенность жизнью, социальный оптимизм. В то же время, социальное положение советских подростков отличалось двойственностью. С одной стороны, они должны были подражать старшему поколению, декларировавшему, а зачастую и реализовавшему активную позицию, устремленному в будущее, направленному на достижения и рекорды, на кардинальные преобразования социокультурной и природной среды во имя «построения коммунизма». С другой стороны, оказывались в роли пассивных объектов воспитания и исполнителей «воли старших» без возможности проявления свободы самовыражения, построения своей индивидуальности в иных ценностных системах.

Противоречие между необходимостью быть пассивным и активным одновременно приводило к тому, что основным способом социального по-

ведения подростков выступал конформизм, который давал возможность «быть как все», не выделяться из массы «советских людей». Это зачастую приводило к расщеплению ценностной системы на декларируемые, общепринятые и личные ценности, которые могли не соответствовать или даже противоречить социальным нормативам.

На уровне декларируемых ценностей сознание подростков было единообразным. Они принимали цели и смыслы советского общества, такие как патриотизм, коллективизм, значимость труда и образования, уважение к старшим, смысл жизни как служение обществу, приоритет социальных ценностей над личными, вера в прогресс и будущее и т. п. Глубинный, личный слой ценностей, как правило, не соответствовал или даже противоречил идеалам общества, представлял собой выражение альтернативных ценностей молодого поколения. Он мог либо скрываться за конформным поведением и проявляться лишь в некоторых неформальных группах, либо открыто демонстрироваться и становиться основой протестного поведения подростков. Соответственно, базовыми размерностями ценностно-смысловых ориентаций подростков 1970-х выступали «соответствие – несоответствие нормативным идеалам» и «активность – пассивность в реализации ценностей», существовал конфликт между «декретальными» (контролируемыми государством) и неформальными или протестными ценностями. В соответствии с этим дифференцировались типы подростков по ведущим ценностям: «активные карьеристы», «конформные», «стиляги», «диссиденты».

Подростки периода перестройки (1980–1990-е гг.), личность которых формировалась в период социально-экономического и идеологического кризиса при значительном снижении влияния традиционных институтов социализации, характеризуются резкой сменой ценностно-смысловых установок, целей, смысложизненных ориентаций, усиливающимся ценностным разрывом поколений. Смысловые конструкции «родителей» перестали быть актуальными, стали фактически бесполезными в адаптации к новым условиям жизни. Основными трансляторами ценностных систем становятся локальные неформальные группы, среда сверстников, а также массовая культура и СМИ. В формирующейся ценностной иерархии подростков утрачивают ведущие позиции коллективизм и патриотизм, на первом плане оказываются личные ценности, которые носят прагматический характер. Снижается значимость нравственных ценностей, получения образования, социально полезной трудовой деятельности, возрастает значимость индивидуализма, ценностей потребления, ориентации на быстрое

получение материальных благ. В социальном поведении нарастают пассивность и агрессия, получают широкое распространение подростковые субкультуры, часто транслирующие девиантные образцы поведения и асоциальные ценности. В то же время, социально-политические преобразования приводят к возрастанию значимости свободы, демократии, плюрализма; утрата социальной защищенности порождает обращение к ценностям частной жизни. В целом ценностно-смысловые ориентиры подростков периода перестройки представлены такими формами, как «материальные блага и престиж», «свобода и власть», «частная жизнь и личный успех», «асоциальные ценности».

Поколение подростков постперестроечного периода, конца 1990-х – начала 2000-х, или «поколение нулевых», периода относительной стабилизации нового российского общества, отличается преимущественной ориентацией на личные ценности, такие как достижения и успех, материальное благополучие, семья, общение и гармоничные межличностные отношения [4, 11]. Возрастает значимость ценности самореализации личности, получения образования, достойной работы. При этом социальные ценности не являются важными для большинства подростков и молодежи. Снижается значимость здорового образа жизни. Ведущим ценностным конфликтом оказывается противоречие между стремлением к самореализации и духовному развитию, часто носящим декларативный характер, и прагматизмом, который реализуется в социальном поведении. Более резко проявляются региональные различия ценностно-смысловых ориентаций. В мегаполисах наиболее значимыми оказываются ценности социального благополучия, успеха, получения образования, предпринимательства; в отдаленных от центра регионах, малых городах первые места занимают ценности гедонизма, материального благополучия, потребления, общения, семейной жизни либо асоциальные ценности. При этом возрастает разнообразие типов ценностных систем, формирующихся у подростков и молодежи. Это семейные ценности, ценности карьеры, гедонистические, ценности власти и социального признания, традиционные религиозные ценности, «максималистские» – стремление к успеху во всех сферах жизни, отказ от ценностных приоритетов [8].

Формирование ценностных и смысловых ориентаций современных подростков происходит в условиях перехода к постиндустриальному, информационному обществу. Возрастает влияние медийной культуры, интернет-сообществ, информационной среды в целом на процессы социализации в подростковом возрасте. Такие черты современного социума,

как взаимопроникновение культур, сосуществование множества идеологических систем, разнородность и интенсивность информационно-коммуникативных потоков, виртуализация социума и сознания человека, приводят к особому феномену формирования ценностно-смысловой сферы личности – ценностной «мозаичности» и «пластичности» подростков. Ценности не организуются в иерархическую систему, не определяются как «значимые» или «незначимые». Размываются представления о нравственности, о смысле жизни. Одинаковую ценность для личности подростка могут принимать принципиально различные цели, стремления, ориентиры и идеалы, что не воспринимается как внутренний конфликт. Различные ценности реализуются для ситуативного разрешения тех или иных жизненных задач, размытые и нечеткие ориентиры, по всей видимости, выступают особым способом адаптации к внутренне противоречивой, нестабильной и неопределенной, быстро меняющейся социальной среде.

Таким образом, результаты социологического анализа дают возможность охарактеризовать основные тенденции трансформаций ценностно-смысловых ориентаций подростков в различные периоды новейшей истории Российского общества. Это переход от четко организованной иерархизированной системы через ценностный кризис к пластичной, децентрализованной, гибко изменяющейся «сети» ценностей и смыслов; снижение значимости социальных и размытость понимания духовно-нравственных ценностей при возрастании индивидуализма, приоритета ценностей частной жизни и потребления; трансформация конфликта между декретальными и неформальными ценностями в ценностный плюрализм и нерелексированность ценностных противоречий.

В то же время, социологические данные не дают возможность проанализировать глубинные психологические изменения, происходящие в формировании ценностно-смысловой сферы личности подростков в интенсивно меняющейся современной российской реальности.

С целью сравнительного анализа ведущих ценностей и смыслов, представленных в форме отношений личности подростков к себе, миру и другим людям, нами было проведено сравнительное эмпирическое исследование, участниками которого стали подростки, рожденные с интервалом в 10 лет – 1990–1991 и в 2000–2001 гг. Соответственно, сбор эмпирических данных осуществлялся в два этапа: в 2003 и 2013 г. На момент обследования возраст респондентов составил 12–13 лет. Всего в исследовании принял участие 121 человек. Поскольку традиционные ценностные опросники, в силу вышеописанных особенностей ценностных ориентаций современ-

ных подростков, не дают возможность определить мозаичные, пластичные и не вполне четкие ценностно-смысловые векторы их формирования, нами была предпринята попытка выявления характера отношений личности подростков к различным сферам жизни посредством качественного анализа данных Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко – выборов респондентами предложенных вариантов ответов (наборов фраз, характеризующих 25 тем, представляющих сферы отношений личности, значимые для подростков – самочувствие, настроение, отношение к окружающим, к незнакомым людям, к одиночеству, новому и т. п.). Качественный анализ содержания выбранных вариантов характеризует не только отношения, но и ценностные предпочтения и базовые смысловые установки подростков.

Сравнение частотных распределений выборов ответов показало, что в целом современные подростки характеризуются более пессимистической установкой, менее позитивным отношением к различным сферам жизни по сравнению с подростками 1990–1991 гг. рождения. Оптимизм–пессимизм как смысловая установка проявляется прежде всего в характеристиках доминирующего эмоционального состояния. 10 лет назад респонденты значимо чаще выбирали утверждения: «Я всегда чувствую себя бодрым и полным сил»; «Как правило, настроение у меня очень хорошее», в то время как современные подростки в основном характеризовали себя через утверждения: «У меня случаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски»; «Мое настроение легко меняется от незначительных причин»; «Часто мне не хочется просыпаться». Очевидно, в связи с этим возрастает значимость мечтаний, фантазий как способа «ухода от жизненных проблем» – современные подростки чаще выбирали утверждение «Перед тем, как уснуть, я люблю помечтать».

В сфере межличностных отношений и ценностей общения прослеживаются противоположные тенденции: возрастает значимость коллективизма, принятия группой, и в то же время увеличиваются настороженность, недоверие к людям в целом, противоречивость отношения к родителям и старшему поколению (возрастание у современных подростков частоты положительных выборов высказываний: «Для меня важен не один друг, а дружный хороший коллектив»; «Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаясь зла»; «Я считаю, что родителей надо уважать, даже если хранишь в сердце против них обиды»).

Изменения ценностно-смысловых ориентаций подростков в современный период прослеживаются и в области отношения к собственному

будущему. Так, для подростков, рожденных в начале 1990-х гг., тема будущего не является значимой, при этом отношение к будущему описывается как противоречивое: наиболее часто выбирается утверждение «Мое отношение к будущему часто и быстро меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным». Подростки 2000–2001 гг. рождения считают будущее одной из самых значимых тем, придают ему позитивный смысл: наиболее «популярными» утверждениями в этой теме стали «Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту», «Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим».

За исследуемый десятилетний период произошло сужение значимости различных сфер жизни подростков. Из 25 тем, представленных в методике, у современных подростков значимыми оказались лишь темы «отношение к родителям», «отношение к друзьям», «аппетит и отношение к еде». Остальные темы современные подростки оставили без внимания. По всей видимости, это показывает приоритетную значимость для них стремления к удовлетворению потребности во внимании и общении с близкими – взрослыми и сверстниками.

Неопределенность смысловых установок и вышеописанная нами ценностная пластичность, характерная для современных подростков, проявляется также в амбивалентной оценке тем, связанных с правовыми и этическими ценностями, образом жизни, межличностной коммуникацией. Респонденты 2000–2001-х гг. рождения чаще делали как положительные, так и отрицательные выборы высказываний по таким темам, как «отношение к будущему», «отношение к критике и возражениям», «отношение к опеке и наставлениям», «сексуальные проблемы», «отношение к алкогольным напиткам» «отношение к правилам и законам», «отношение к окружающим», «отношение к незнакомым людям».

### ***Заключение***

Полученные эмпирические результаты позволили определить базовые направления изменений ценностно-смысловых ориентаций подростков современного периода, с начала 2000-х гг. по настоящее время: возрастание пессимизма; противоречивость и неопределенность личностных смыслов; стремление к групповому общению при негативном или внутренне конфликтном отношении к значимым другим; уход в мечтания и перенос значимых смыслов в возможное будущее; амбивалентность и размытость понимания этических, правовых, социальных ценностей; сужение значимых областей жизни и целей.

Выявленные трансформации ведущих личностных смыслов и ценностных ориентаций подростков выступают своеобразным способом психической адаптации к изменяющимся социальным условиям. Гибкость и изменчивость ведущих смыслов, отсутствие жесткого понимания этических и социальных нормативов, плюрализм и «снятие» ценностных конфликтов позволяют подросткам достаточно быстро приспосабливаться к многомерной, часто непредсказуемой, динамичной, информационно перенасыщенной социокультурной реальности.

Сложности в оценке ценностных приоритетов, субъективная равнозначность принципиально различных целей и стремлений, амбивалентность в понимании моральных норм приводят к увеличению эмоционального дискомфорта, возрастанию негативного отношения к другим людям, к трудностям в планировании жизненных перспектив, компенсации неудовлетворенности настоящим посредством фантазирования, построения нереалистичного образа будущего. Это, в свою очередь, создает предпосылки социально-психологической дезадаптации подростков, приводит к формированию и закреплению различных форм саморазрушающего поведения. Историко-психологический анализ социокультурных условий, оказывающих влияние на формирование ценностных ориентаций в подростковом возрасте, понимание специфики базовых личностно-смысловых установок в структуре образа мира и Я-концепции, обуславливающих девиации поведения, позволит разработать адекватные способы профилактики и коррекции нарушений адаптации и социализации современных российских подростков.

### *Литература*

1. *Алехин А.Н.* Психологическая диагностика как производство симулякров / А.Н. Алехин // Науч. мнение. – 2011. – № 1. – С. 133–138.
2. *Бодрийяр Ж.* Симулякры и симуляция / Ж. Бодрийяр. – Тула, 2013. – 204 с.
3. *Выготский Л.С.* Психология развития человека / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во Смысл ; Эксмо, 2005. – 1136 с.
4. *Горшков М.К.* Молодежь России: социологический портрет / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги. – М. : Ин-т социологии РАН, 2010. – 592 с.
5. *Колесникова М.И.* Российская молодежь 60-х и 90-х : сравнительный анализ моделей интеграции в общество : автореф. дис. ... канд. социол. наук / Колесникова М.И. – Ростов н/Д, 2006. – 25 с.



6. Коул М. Культурно-историческая психология: наука будущего / М. Коул. – М., 2003. – 431 с.
7. Леонтьева С. Пионер – всем пример / С. Леонтьева // Отеч. зап. – 2004. – № 3. – С. 18.
8. Образ России во временной перспективе: монография / под ред. С.А. Гончарова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2012. – 347 с.
9. Парфенов Л. Намедни. Наша эра: 1971–1980 / Л. Парфенов. – М.: КоЛибри, 2010. – 272 с.
10. Парфенов, Л. Намедни. Наша эра: 1981–1990 / Л. Парфенов. – М.: КоЛибри, 2010. – 288 с.
11. Реальная Россия: социальная стратификация современного российского общества. – М.: Эксперт, 2006. – 680 с.
12. Федотов А. Русская киноэротика / А. Федотов // Видео-Асс Экспресс. – 1995. – № 32. – С. 60–61.
13. Зебзеева А. Азбука пионерской жизни. Октябренку, вступающему в пионеры / [Электронный ресурс] / А. Зебзеева. – URL: <http://libes.ru/151967.html>.
14. Гурко Т.А. Браки и разводы глазами социолога [Электронный ресурс] / Т.А. Гурко. – URL: <http://www.pravoslavie.ru/smi/1279.htm>.
15. Кара-Мурза С.Г. Советская культура и советский народ [Электронный ресурс] / С.Г. Кара-Мурза. – URL: [http://www.ruscisis.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2047:2047&catid=38:2009-06-29-18-50-12](http://www.ruscisis.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2047:2047&catid=38:2009-06-29-18-50-12).
16. Мальцева В. История основания Всесоюзной пионерской организации [Электронный ресурс] / В. Мальцева. – URL: <http://22-91.ru/statya/istorija-osnovanija-vsesejuzn-ojj-pionerskojj-organizacii/14.09.2011>.

**КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА РАДИОАКТИВНО  
ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ,  
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ,  
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ**

Центральный институт повышения квалификации  
Госкорпорации «Росатом»

В результате аварии на Чернобыльской АЭС, расположенной в северной части Украины, 26 апреля 1986 г. произошел выброс большого количества радиоактивных веществ в окружающую среду, что привело к значительному радиоактивному загрязнению территорий, прилегающих непосредственно к станции, и к небольшому загрязнению территорий Восточной и Западной Европы.

Наряду с масштабными экологическими и социально-экономическими последствиями, смертными случаями и болезнями, вызванными радиацией, последствия Чернобыльской аварии происходили и в сфере психического здоровья.

Психологический стресс сразу после катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции, а затем признание на законодательном уровне миллионов граждан, проживающих на загрязненных территориях и принимавших участие в ликвидации последствий аварии, жертвами Чернобыля в 1991 г., по мнению В.Н. Абрамовой, Г.М. Румянцевой, И.А. Зыковой и др., привели к дистрессу и радиотревожности [1–7]. Медицинские последствия аварии оказались менее серьезными, чем предполагалось ранее. Наиболее масштабные последствия аварии реализовывались не в радиологической, а в социально-экономической сфере [4, 7].

По мнению И.А. Зыковой, В.Н. Абрамовой, Г.М. Румянцевой, О.В. Чинкиной, Т.А. Марченко, Т.Б. Мельницкой и др., среди характеристик психологического стресса, связанного с воздействием радиации, наибольшее значение имеет отсутствие органолептического восприятия радиоактивности. Отсутствие непосредственного ощущения воздействия радиации способствует субъективному завышению человеком радиационной опасности. В связи с этим выраженность психологических проблем зависит от получения достоверной и достаточной информации, а также от оказания

адекватной психологической поддержки для повышения социальной активности населения радиоактивно загрязненных территорий (РЗТ) и ответственности за свою жизнь. Следовательно, эффективной мерой социально-психологической помощи пострадавшему населению являются мероприятия по формированию культуры безопасности жизнедеятельности населения РЗТ.

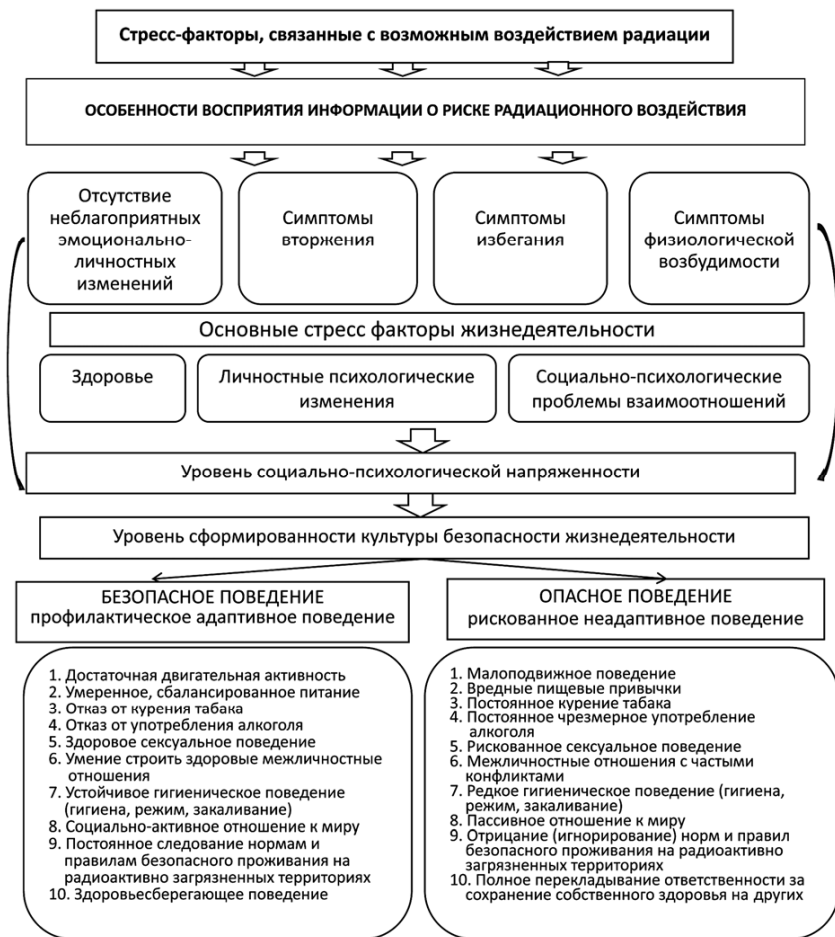
В 1990-х гг. в атомной энергетике получила развитие концепция культуры безопасности [8]. В настоящее время сложилось понимание того, что данная категория должна быть применима не только к персоналу потенциально опасных объектов, но и к населению РЗТ.

Проведенный теоретический анализ родовых понятий позволил нам дать следующее определение понятию «культура безопасности жизнедеятельности населения РЗТ»: уровень развития компетентности населения в сфере безопасности жизнедеятельности на РЗТ, характеризующийся значимостью безопасности в системе личных и социальных ценностей, распространённостью норм безопасного поведения в условиях риска радиационного воздействия и субъективной готовностью к реализации безопасного поведения, степенью практической защищённости от угроз и опасностей.

Данное определение легло в основу нашего подхода к рассмотрению психологических детерминант формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на РЗТ. Помимо этого, мы опирались на трансактную когнитивную теорию стресса и копинга Р.С. Лазаруса [8], выделенные Е.А. Ашаниной [3], В.Ю. Рыбниковым, Т.Б. Мельницкой [6] ее структурных компонентов, которые проложены в основу понимания реагирования на информационные стресс-факторы и угрозы, а также концептуальных аспектов информационно-психологической безопасности населения в условиях риска радиационного воздействия, разработанной Т.Б. Мельницкой [6]. На рисунке отражена сконструированная модель формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на РЗТ.

Согласно представленной модели, на население РЗТ ежедневно воздействуют стресс-факторы жизнедеятельности – факторы, влияющие на здоровье, на психологическое состояние человека, на взаимоотношения с другими, социальные проблемы. Перечисленные стресс-факторы выступают в качестве объективных и субъективных угроз индивидуальному, групповому и массовому сознанию и определяют необходимость включения различных механизмов и средств защиты.

В связи с отсутствием органолептического восприятия радиоактивности важную роль в жизни населения РЗТ играет и информационный фактор, связанный с возможным воздействием радиационного фактора. Согласно концепции информационно-психологической безопасности, предложенной Т.Б. Мельницкой, различные источники информации классифицируются на две основные группы – официальные и неофициальные, могут выступать в качестве стресс факторов или, наоборот, защитных механизмов.



*Структурно-функциональная модель формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на РЗТ*

В качестве официальных источников информации можно прежде всего выделить представителей органов власти, специалистов (ученые, профессионалы – например, спасатели МЧС, персонал радиационно-опасных объектов и др.) и официальные СМИ. Их своевременная и достоверная информация в связи с возникновением различных угроз (например, об аварии или аварийном происшествии на АЭС или радиационно-опасном объекте) может явиться защитным механизмом противодействия информационным угрозам. И наоборот, замалчивание или запаздывание информации от официальных источников зачастую приводит к превалированию неофициальной информации, росту информационных угроз, широкому распространению слухов, сплетен. Ведущую роль здесь играют особенности информации о стресс-факторе. При этом информация может быть достоверной и адекватной или, наоборот, недостоверной и неадекватной и т. п.

При этом принципиально важно, чтобы используемая на разных уровнях информация отвечала ряду общих требований. Среди них следует отметить принципы адекватности информации, ее объективность и точность, релевантность и структурированность информации, ее специфичность и доступность, своевременность и непрерывность информации.

В зависимости от особенностей восприятия информации о риске радиационного воздействия у населения РЗТ могут развиваться неблагоприятные эмоционально-личностные изменения, такие как симптомы вторжения, избегания, физиологической возбудимости.

Согласно представленной модели, на население РЗТ ежедневно воздействуют стресс-факторы жизнедеятельности: факторы, влияющие на здоровье, на психологическое состояние человека, на взаимоотношения с другими, социальные проблемы.

Влияние стресс-факторов, связанных с возможным воздействием радиации, а также стресс-факторов жизнедеятельности при наличии неблагоприятных эмоционально-личностных изменений приводит к возникновению высокого уровня социально-психологической напряженности личности, населения. Радиотревожность, воздействие противоречивой информации, слухи резко снижают психические (защитные) резервы организма, вплоть до их полного истощения. Влияние этих и целого ряда других неблагоприятных факторов при полном или частичном неумении населения с ними бороться, способствует возникновению невротических расстройств и психосоматических заболеваний.

В зависимости от особенностей восприятия информации о риске радиационного воздействия, наличия неблагоприятных эмоционально-

личностных изменений, уровня социально-психологической напряженности определяют уровень сформированности культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на РЗТ.

В качестве критериев, характеризующих уровень сформированности культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ, были выделены следующие поведенческие характеристики: двигательная активность; умеренность, сбалансированность питания; отношение к курению табака; отношение к алкоголю; сексуальное поведение; межличностные отношения; гигиеническое поведение (гигиена, режим, закаливание); отношение к миру; следование нормам и правилам безопасного проживания на радиоактивно загрязненных территориях; ответственность за сохранение собственного здоровья.

Следующий этап нашего исследования был посвящен определению принципов формирования культуры безопасности жизнедеятельности у населения, проживающего на РЗТ. Эти принципы также являются концептуальной основой для успешного проведения всего комплекса мероприятий социальной помощи населению в условиях риска радиационного поражения, а также после радиационных аварий и катастроф. Суть их в кратком изложении состоит в следующем.

1-й принцип формирования культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ – комплексность. Под комплексностью мы имеем в виду проведение мероприятий по формированию культуры безопасности жизнедеятельности на всех уровнях: на индивидуальном уровне – через семейное воспитание, обучение в ходе информационных мероприятий, самостоятельный поиск информации; на коллективном уровне – формирование системы ценностей с высокой значимостью безопасности; на общественно-государственном уровне – проведение государственной политики, развитие общенациональной идеологии безопасности, нормативной правовой базы, научно-техническая деятельность в области управления рисками, социальная реклама безопасности, проведение мер социальной защиты и психологической поддержки населения, создание системы противодействия неадекватной психотравмирующей информации и проведение мониторинга социально-психологических проблем населения. Отсюда следует, что формирование культуры безопасности жизнедеятельности населения РЗТ носит глобальный характер, имеет многоаспектное значение. Это является основанием для двух следующих принципов формирования культуры безопасности населения РЗТ – системности и междисциплинарности.

2-й принцип формирования культуры безопасности населения РЗТ – принцип системности – предполагает рассмотрение информационной стратегии в ее целостности, что обеспечивает организацию обучения населения РЗТ в области безопасности жизнедеятельности на базе взаимосвязи следующих компонентов: целей, содержания, методов, средств обучения, а также форм организации различных видов учебной деятельности.

Под 3-м принципом формирования культуры безопасности населения РЗТ – принципом междисциплинарности – понимается широкое использование научной информации об особенностях проживания на РЗТ в защитных и реабилитационных мероприятиях независимо от ее дисциплинарной принадлежности, т. е. принцип представляет собой методологическое оформление реального синтеза научных достижений различных дисциплин. Междисциплинарные связи разрешают противоречие между разрозненным усвоением знаний и необходимостью их интеграции, комплексного применения в практике, трудовой деятельности и жизни человека. Необходимость и целесообразность применения принципа междисциплинарности подтверждается передовым педагогическим опытом и многочисленными общепедагогическими и методическими исследованиями.

4-й принцип – непрерывности – фундаментальный принцип формирования и развития культуры безопасности населения РЗТ в течение всей жизни. Под непрерывностью мы понимаем наличие последовательной цепи задач на всём протяжении информационных мероприятий, переходящих друг в друга и обеспечивающих постоянное, объективное и субъективное, продвижение обучаемых вперёд на каждом из последовательных временных отрезков.

5-й принцип – научности – предполагает включение в содержание информационной деятельности в области безопасности жизнедеятельности на РЗТ достоверной научной информации и фактов. Учитывая специфику современных проблем безопасности, когда их решение требует большой оперативности, возникла необходимость считать образование в области безопасности жизнедеятельности системообразующим в структуре образования.

6-м принципом является компетентность специалистов, участвующих в реализации программ и технологий формирования культуры безопасности населения РЗТ. Организаторы, психологи, социальные работники, психиатры и психотерапевты, работающие в структуре социальной или медико-психологической помощи населению, должны прежде всего владеть гуманистическими методами, ориентированными на стимулирование собственной активности пациентов.

7-й принцип – доступности мероприятий по формированию культуры безопасности всем жителям РЗТ независимо от места жительства, социального положения и возраста. Данный принцип позволит создать единое открытое информационное пространство, обеспечивающее доступность информации о специфике проживания на РЗТ, воспитание и развитие, формирование комфортной и безопасной социальной среды для населения РЗТ.

8-м принципом является целенаправленность формирования культуры безопасности населения РЗТ. В соответствии с данным принципом в ходе проведения мероприятий по формирования культуры безопасности населения РЗТ воздействие должно оказываться прежде всего с учетом возрастных, гендерных, образовательных и профессиональных факторов восприятия информации. Это положение имеет важное научно-практическое значение, так как определяет необходимость использования комплекса социально-психологических методов, ориентированных на различные уровни воздействия и категории (группы) населения.

9-й принцип – принцип динамичности – определяет необходимость проведения мониторинга социально-психологических проблем и психологического (психического) состояния населения, позволяющего выбирать адекватные методы помощи населению РЗТ и методы формирования культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ.

Учет всех этих принципов при проведении мероприятий по формированию культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ является объективной необходимостью.

### *Заключение*

Разработанные критерии позволят оценить уровень сформированности культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ и выработать адекватные методы проведения информационно-консультационной работы. Полагаем, что высокий уровень сформированности культуры безопасности жизнедеятельности у населения, проживающего на РЗТ, поднимет значимость безопасности в системе ценностей, приведет к распространности норм безопасного поведения в условиях риска радиационного и повысит субъективную готовность к реализации безопасного поведения. Это приведет к тому, что население РЗТ начнет демонстрировать особое поведение, позволяющее в условиях возможного воздействия радиации эффективно бороться со стрессом и адекватно реагировать на новые многочисленные стрессовые воздействия.



### *Литература*

1. *Абрамова В.Н.* Взгляд психолога на Чернобыльскую аварию / В.Н. Абрамова // Наука и жизнь. – 1988. – № 11. – С. 78–81.
2. *Абрамова В.Н.* Психологические последствия восприятия радиационного риска для населения и участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы / В.Н. Абрамова // Наследие Чернобыля. – Калуга : Облиздат, 2001. – Вып. 3. – С. 153–156.
3. *Ашанина Е.Н.* Психология копинг-поведения сотрудников Гос. противопожар. службы МЧС России: концепция, модель, технологии : автореф. дис. ... д-ра. психол. наук / Ашанина Е.Н. – СПб., 2011. – 38 с.
4. 20 лет чернобыльской катастрофы: итоги и перспективы преодоления ее последствий в России : рос. нац. док. / под ред. С.К. Шойгу, ЛА. Большова. – М., 2006. – 82 с.
5. *Зыкова И.А.* Радиотревожность населения загрязненных территорий и меры по ее снижению : пособие для спец. служб Роспотребнадзора / И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская. – СПб., 2007. – 24 с.
6. Информационно-психологическая безопасность от риска радиационного поражения : концепция, принципы, модель, рекомендации / Т.А. Марченко, Т.Б. Мельницкая, В.Ю. Рыбников, А.В. Симонов // Рос. отд-ние Рос.-белорус. информ. центра по пробл. преодоления последствий Черноб. катастрофы. – М., 2009. – 240 с.
7. Наследие Чернобыля: медицинские, экологические и социально-экономические последствия : обзор. докл. ООН на Черноб. форуме [Электронный ресурс]. – URL: [www.iaea.org](http://www.iaea.org).
8. Психологическая концепция культуры безопасности в атомной энергетике. – М.: ЦЭМИ РАН, 1999. – 175 с.
9. *Lazarus R.S.* Psychological Stress and the Coping Process / R.S. Lazarus. – N.Y. : McGraw-Hill, 1966.

## **СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ УСТАНОВКИ И САМООТНОШЕНИЕ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;  
Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

### ***Введение***

Одной из важнейших педагогических задач любого вуза является работа с первокурсниками, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новой системе обучения и социальных отношений, освоению ими новой роли – студентов. В процессе адаптации личность приспосабливается к изменениям социальной среды путем подбора или перестройки стратегий поведения [7]. Считается, что особенности формирования приспособительных реакций на информационные и физические нагрузки при действии различных эндогенных и экзогенных факторов представляют одну из фундаментальных проблем в физиологии труда, потому что, в частности, от успешности адаптации студента к образовательной среде вуза во многом зависят дальнейшая профессиональная карьера и личностное развитие будущего специалиста.

Дано много определений феномена адаптации, но в обобщенном виде она описывается как приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях, а также как процесс включения индивида в новую социальную среду, освоение им специфики новых условий. В современных социологии и психологии понятие адаптации рассматривается как процесс и результат установления гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой. Показано, к примеру, что характер формирования приспособительных реакций при различных режимах двигательной активности в значительной степени определяется спецификой процесса обучения и индивидуальными особенностями функционального реагирования студентов [6]. Важно отметить и то, что в научной литературе существует разделение субъективного и объективного критериев успешности адаптации: субъективный критерий определяется как степень осознанной или неосознанной удовлетворенности исполнителя

различными аспектами жизнедеятельности и самим собой, тогда как в качестве объективного критерия рассматривают эффективность деятельности, которая трактуется как определенный уровень продуктивности деятельности [16].

Традиционно выделяют три блока факторов, оказывающих влияние на адаптацию к обучению в вузе: социологический, психологический и педагогический. К социологическим факторам относятся возраст студента, его социальное происхождение и тип образовательного учреждения, которое он уже закончил. Психологический блок содержит индивидуально-психологические, социально-психологические факторы: интеллект, направленность, личностный адаптационный потенциал, положение в группе. Педагогический блок факторов влияния на адаптацию включает в себя уровень педагогического мастерства, организацию среды, материально-техническую базу, технические средства обучения и т. п.

Однако необходимо отметить, что наблюдаемые в последние годы социально-экономические преобразования в нашей стране, неблагоприятная экологическая среда жизнедеятельности в условиях промышленного мегаполиса, интенсивность учебной подготовки негативно повлияли на уровень жизни и заболеваемость студентов и нашли свое отражение в виде низкой физической работоспособности и устойчивости студентов к стрессовым факторам учебно-воспитательного процесса [1, 2]. Это связано с недостаточной адаптацией к учебно-воспитательному процессу (к примеру, низкая организованность и самодисциплина) и с недостатком материальных средств на учебу, что вынуждает студентов и учиться, и работать. Однако проявления стрессогенных факторов, которые отличаются большим разнообразием, затрагивают соматические, вегетативные и психологические феномены, что сказывается, в частности, появлением эмоциональных нарушений, утомлением и снижением работоспособности. В то же время, общество беспокоит запоздалое гражданское и социальное становление молодежи [11], что проявляется в виде расхождения между ее интеллектуальным развитием, степенью ее социальной зрелости и опытом в сфере социальных и трудовых отношений.

И здесь очень важна роль самооценки, которая рассматривается в качестве специальной функции самосознания, состоящей в установлении субъектом собственной значимости [5], которая в динамике жизнедеятельности может изменяться при изменении условий последней. В связи с этим считается, что низкий уровень осмысленности жизни должен иметь след-

ствием высокую мотивацию к поиску смысложизненных целей как фактор приспособления к сложившейся ситуации.

Поэтому важную роль играет изучение психофизиологической стороны адаптации, изучение различных аспектов которой зависит от научных интересов исследователя [3, 10, 17]. Однако этот вопрос в настоящее время изучен недостаточно, что и послужило причиной проведения настоящего исследования.

### ***Материалы и методы***

Обследовано 50 практически здоровых студентов I курса педагогического университета в периоде адаптации к учебному процессу. Юношей и девушек в обследованной группе было поровну – по 25. Средний возраст по общей группе составил ( $17,8 \pm 0,7$ ) лет. Возраст юношей был ( $17,5 \pm 0,6$ ), девушек – ( $17,9 \pm 0,8$ ) лет, различия недостоверны ( $p > 0,05$ ). Наличие хронических заболеваний отметили 13 человек (26 %): у 4 юношей (16 %) и у 5 девушек (20 %). Эпизодическое употребление психоактивных веществ упомянули 4 респондента-мужчины (16 %). Исследованы:

- смысложизненные установки по методике «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) [9];
- особенности самоотношения по методике «Опросник самоотношения» (ОСО) Столина–Пантилеева [13, 16]. Показатели шкал меньше 50 % свидетельствовали о невыраженности изучаемого признака; 50–74 % – признак выражен; больше 74 % – признак ярко выражен;
- эмоциональный статус по Госпитальной шкале HADS [20]. Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии оценивалось в 0–7 баллов (норма); наличие субклинически выраженной тревоги/депрессии – в 8–10 баллов, наличие клинически выраженной тревоги/депрессии – в 11 баллов и выше;
- отдельные стороны психофизиологического статуса по автоматизированному тесту «Самооценка степени утомления», разработанному на кафедре психофизиологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург). Изучили: индекс физического утомления (ИФУ); индекс умственного утомления (ИУУ); индекс хронического утомления (ИХУ). Градации утомления представлены в табл. 1.

Таблица 1

Градации утомления тесту «Самооценка степени утомления»

Индекс	Степень утомления				Астенический синдром
	отсутствие	начальная	выраженная	сильная	
ИФУ	0–11	12–18	19–25	26 и более	
ИУУ	0–10	11–16	17–28	29 и более	
ИХУ	0–19	20–26	27–39	39–49	50 и более

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [15]. У всех респондентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось групповым методом при его длительности 40 мин. Контрольными показателями явились данные, приведенные авторами использованных методик. Количество обследованных при этом было не менее 200 человек.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [19].

### ***Результаты и их обсуждение***

Результаты исследования смысложизненных установок респондентов приведены в табл. 2. Общий показатель осмысленности жизни является результирующим показателем, отражающим три конкретных направления смысложизненных установок и два аспекта локуса контроля.

Таблица 2

Смысложизненные установки по тесту СЖО

Шкала теста	Группа исследования			Контроль	
	общая	юноши	девушки	мужчины	женщины
Осмысленность жизни	98,6 ± 27,2	94,1 ± 12,8	101,8 ± 15,6	103,1 ± 15,1	95,8 ± 16,5
Цели в жизни	29,1 ± 4,9	28,9 ± 2,6	29,0 ± 2,6	32,9 ± 5,9	29,4 ± 6,2
Процесс жизни	29,8 ± 5,4	27,6 ± 2,5	30,8 ± 3,1	31,1 ± 4,4	28,8 ± 6,1
Результат жизни	24,9 ± 5,7	23,8 ± 2,6	25,7 ± 3,3	25,5 ± 4,3	23,3 ± 5,0
Локус контроля-Я	19,4 ± 5,1	19,3 ± 2,6	18,9 ± 2,4	21,1 ± 3,9	18,6 ± 4,3
Локус контроля – жизнь	30,0 ± 5,9	28,1 ± 2,8	31,2 ± 3,4	30,1 ± 5,8	28,7 ± 6,1

Так, показатели 1-й субшкалы «Цели в жизни» характеризуют наличие/отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. 2-я

субшкала «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» свидетельствует о факте восприятия респондентом самого процесса его жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом.

Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией представлена в 3-й субшкале. Здесь проводится оценка пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.

Локус контроля-Я («Я – хозяин жизни») отражает представление респондента о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Мнение об управляемости жизнью (5-я субшкала «Локус контроля – жизнь») находится в диапазоне от убеждения в полном контроле своей жизни, свободе в принятии решений и воплощении их в жизнь до фатализма, убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Установлено, что по всем указанным параметрам показатели обследованных подгрупп групп и контроля значимо не различаются, при том что некоторые показатели СЖО в обследованной группе достоверно ниже ( $p > 0,05$ ), чем в контрольной группе.

Особенности самоотношения у обследованных респондентов приведены в табл. 3. По интегральной шкале обе подгруппы показывают высокие показатели, хотя у девушек он достоверно выше. Шкала самоинтересов имеет более высокий показатель у юношей, а шкала самоинтереса – у девушек, при том что в общей группе показатель по первой шкале выше, чем по второй. Это, возможно, обусловлено формулировкой вопросов теста, по-разному воспринимаемых в зависимости от гендера группы (специальные шкалы для юношей и девушек, как в некоторых других тестах, здесь не предусмотрены).

Обращают на себя внимание низкие данные шкалы ожидаемого отношения от других и шкалы отношения других (в обоих случаях признак не выражен, но выше он в подгруппе девушек;  $p < 0,05$  и  $p < 0,05$ , соответственно). Вероятно, респонденты, оказавшись в новой среде, когда меняются условия жизнедеятельности, вынуждены обучаться новым образцам и способам поведения, но при этом пытаются сохранить старую систему ценностей (т. е. у индивида происходит псевдоадаптация – сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к

ее нормам и требованиям). Поэтому полученные результаты можно трактовать как неполное приспособление/аккомодацию периода адаптации к предъявляемым организацией (в нашем случае, вузом) требованиям и установкам, что происходит, в том числе, и по причине выбора неконструктивных стратегий адаптивного поведения.

Таблица 3  
*Особенности самооотношения у студентов по методике ОСО, %*

Шкала теста	Группа		
	Общая	Юноши (Ю)	Девушки (Д)
S (интегральная)	77,1	74,6	75,5
Самоуважения	64,5	61,2	67,8
Аутосимпатии	59,9	60,3	59,4
Ожидаемого отношения от других	45,8	42,9*	48,7*
Самоинтересов	74,3	76,4	72,2
Самоуверенности	57,4	59,2	58,5
Отношения других	42,1	38,2*	45,9*
Самопринятия	71,4	71,4	71,4
Самопоследовательности (саморуководства)	63,8	61,1	66,5
Самообвинения	54,4	55,1	53,7
Самоинтереса	69,9	54,7*	74,9*
Самопонимания	68,7	68,7	68,7

\* Различия между погруппами «Ю» и «Д» достоверны при  $p < 0,05$ .

В ОСО на утверждение «К сожалению, если я и сказал что-то, это не значит, что именно так и буду поступать» положительно отреагировали 15 юношей (60 %) и 9 девушек (36 %); вместе с тем на утверждение «Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко» положительно отреагировали 15 юношей (60 %) и 11 девушек (44 %). И все это происходит на фоне подросткового становления и взросления, например, на утверждение «Иногда я сам себя плохо понимаю» положительно отреагировали 17 (68 %) девушек и юношей в обеих подгруппах. Однако такие проблемы, как существенно возросший по сравнению со средней школой объем учебной нагрузки, сложность усвоения новых учебных дисциплин, сложности в отношениях с товарищами по учебе, выстраивание новой системы отношений с преподавателями, человек может решить только сам, хотя это и не исключает возможность (а то и необходимость) психологического сопровождения. Но в данной ситуации особенности отреагирования ситуации (поведе-

ния) зависят от уже сложившихся личностных черт. Показатели по остальным шкалам имеют средние значения.

Известно, что депрессия отражает прошлые переживания, а тревога оценивает будущие [14]. Данные по эмоциональному статусу респондентов приведены в табл. 4. Отмечено, что показатели тревоги и депрессии в целом по группе невысоки и не выходят за пределы нормы. Однако примерно в половине случаев наблюдаются эмоциональные нарушения в диапазоне субклинически/клинически выраженной тревоги/депрессии, при этом тревога встречается чаще и выражена более, чем депрессия ( $p < 0,05$ ). Но в целом по группам показатели отражают субклинический характер выявленных нарушений.

Таблица 4

*Тревога и депрессия у студентов, балл*

Показатель тревоги (Т)			Показатель депрессии (Д)		
в целом по подгруппам					
общая*	юноши	девушки	общая*	юноши	девушки
7,0 ± 2,7	7,0 ± 2,8	7,0 ± 2,6	3,6 ± 2,1	3,9 ± 2,5	3,3 ± 1,6
по группе лиц с эмоциональными нарушениями (ЭН)					
общая ** (n = 20)	юноши (n = 11)	девушки (n = 9)	общая ** (n = 7)	юноши (n = 6)	девушки (n = 1)
10,5 ± 1,8	10,3 ± 1,6	10,7 ± 1,9	8,1 ± 0,2	8,2 ± 0,3	8,0

\* Различия между группами «Т» и «Д» достоверны при  $p < 0,05$ .

\*\* Различия между группами «Т/ЭН» и «Д/ЭН» достоверны при  $p < 0,05$ .

Возникающая в процессе жизнедеятельности усталость может быть разноплановой, в зависимости от формы и комбинации напряжения, и дать ее общее определение до сих пор невозможно. Биологические последствия усталости в целом не могут быть измерены напрямую, поэтому ее определения делаются главным образом на основе симптомов усталости. Данные по самооценке утомления у обследованных респондентов приведены в табл. 5.

Индекс физического утомления ожидаемо оказался невысоким (так как респонденты активной физической деятельностью не занимаются), однако недостоверно более выраженным в подгруппе девушек ( $p = 0,06$ ). Индекс умственного утомления показывает наличие легкой степени такового, что обусловлено продолжающейся адаптацией как собственно к процессу учебы, так и к новым взаимоотношениям к новому коллективу. На этом



фоне индекс хронического утомления недостоверно выше в подгруппе девушек ( $p = 0,07$ ), что, возможно, обусловлено факторами, не вошедшими в батарею психометрического исследования.

*Таблица 5*  
*Самооценка утомления у обследованных респондентов*

Группа								
Общая			Юноши (Ю)			Девушки (Д)		
ИФУ	ИУУ	ИХУ	ИФУ	ИУУ	ИХУ	ИФУ	ИУУ	ИХУ
8,9 ± 4,5	11,3 ± 4,8	17,6 ± 9,8	7,5 ± 4,0	10,2 ± 4,2	14,7 ± 8,8	10,4 ± 4,8	12,3 ± 5,3	20,6 ± 9,9

При изучении корреляции между рассматриваемыми параметрами выявлено ее отсутствие между показателями интегральной шкалы S Опросника самооотношения, общего показателя смысло-жизненных установок, тревоги, депрессии и индекса хронического утомления. Корреляция между показателями тревоги и депрессии, тревоги и индексом хронического утомления, депрессии и индексом хронического утомления была слабой, соответственно  $r = 0,19$ ,  $r = -0,11$  и  $r = -0,14$ .

### **Заключение**

Известно, что в процессе адаптации студенты испытывают такие основные трудности, как: поиск оптимального режима труда и отдыха в новых для них условиях; неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения и деятельности, усугубляемое отсутствием привычки к повседневному контролю педагогов; отсутствие навыков самостоятельной работы, неумение конспектировать, работать с первоисточниками, справочной литературой и т. п.; налаживание быта и самообслуживания, особенно при переходе из домашних условий в общежитие; отрицательные переживания, связанные с уходом бывших учеников из школьного коллектива с его взаимной помощью и моральной поддержкой; в ряде случаев неопределенность мотивации выбора профессии и, как следствие, недостаточная психологическая подготовка к ней.

Вместе с тем, выбор может осуществляться по-разному, и его итог (принятое решение) во многом зависит от того, как строится работа самоопределения в ситуации выбора; последнее, в свою очередь, связано не только с когнитивными процессами анализа ситуации, работа которых в ситуации принятия решения служит объектом огромного массива исследований, но и с ключевыми особенностями личности, отражающими достиг-

нутый ею уровень зрелости и автономии [10]. Однако эти особенности на этапе адаптации могут проявляться в виде нервно-психической неустойчивости, основными причинами которой могут явиться, в частности, факторы психогенной природы (психотравмы, социальная и педагогическая запущенность, ошибки воспитания и формирования личности), приводящие к развитию акцентуаций, психопатий, психического инфантилизма [8].

Отмечено, что показатели СЖО в группах исследования и контроля значимо не различаются, хотя некоторые показатели теста в группе исследования ниже, чем в контрольной группе. Это может быть объяснено как с позиции возраста респондентов (в группе контроля возраст был от 18 до 29 лет), так и с имеющим в настоящее время запоздалым становлением молодежи. С другой стороны, более высокие показатели в группе исследования практически по всем субшкалам косвенно свидетельствуют об имеющей место в последние годы тенденции феминизации общества, чего не наблюдалось ранее (в частности, на момент разработки данной методики).

Об этом же, вероятно, свидетельствует и выявленный факт, что, хотя по интегральной шкале самоотношения подгрупп группы юношей и девушек показывают высокие показатели, у девушек он недостоверно выше. Анализ показателей других шкал отмечает неполное приспособление/аккомодацию периода адаптации к предъявляемым учебным заведением требованиям и установкам, что происходит в том числе и по причине выбора неконструктивных стратегий адаптивного поведения, что в ряде случаев предполагает возможность (а то и необходимость) психологического сопровождения.

Полученные результаты исследования показывают, что студенты I курса, находящиеся в процессе адаптации к длительному обучению в вузе, в целом справляются с испытываемыми нагрузками, сохраняя стабильный эмоциональный фон. Но, вместе с тем, в ряде случаев отмечены случаи субклинической тревоги/депрессии (которые, вероятно, носят ситуационный характер), а также выраженной степени хронического утомления. Однако здесь необходимо отметить, что при постановке диагноза «синдром хронической усталости» необходимо исключить другие заболевания, которые могут давать похожую симптоматику. Кроме того, нельзя сбрасывать со счетов и отмечаемое отдельными исследователями нарастающее от курса к курсу негативное отношение к выбранной специальности и перспективам достойного трудоустройства, что снижает усилия студентов по освоению профессиональных знаний [4].

С другой стороны, необходимо отметить, что в настоящее время ни одна из предпосылок формирования здорового образа жизни не имеет четких путей реализации. Это, в частности, обусловлено тем, что существовавшая ранее система профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий оказалась разрушенной, многие нормативные документы устарели, а среди принятых руководящих документов не все могут быть исполнены по причине отсутствия подзаконных актов, а также необходимой финансовой, материально-технической, кадровой базы. Тем не менее необходимость формирования положительной мотивации студентов на свое здоровье и готовность к здоровьесберегающему поведению никто не отрицает.

Для успешной адаптации студентов I курса необходимы: создание благоприятного психолого-педагогического микроклимата в студенческих группах на основе взаимодействия со студентами с целью предупреждения отклоняющегося поведения, преодоления трудностей в учебе, решения личностных проблем в адаптационный период посредством оказания консультативной или иной другой помощи; раннее выявление и предупреждение возможных нарушений в период социализации личности студента посредством психодиагностики и консультирования; выявление дезадаптированных студентов группы риска; формирование и индивидуализация умений самоорганизации в соответствии с личностными особенностями студента.

Вместе с тем, одной из причин различия в уровнях социализации респондентов считается качество той среды, в которой ранее воспитывался и жил человек. В связи с чем, кроме изучения индивидуальности респондентов, отдельному исследованию должны подлежать и эти обстоятельства социализационного процесса (особенности социальной среды, разнообразие институтов и агентов социализации и т. п.), также прямо влияющие на смысловые установки и самоотношение респондентов.

### *Литература*

1. Белова Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи / Н.И. Белова // Социол. исслед. – 2008. – № 4. – С. 84–86.
2. Блинова Е.Г. Основы социально-гигиенического мониторинга в условиях обучения студентов высших учебных заведений / Е.Г. Блинова, В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2012. – № 1. – С. 35–40.
3. Богдан М.Г. Опыт оценки выносливости девушек-курсантов Военно-космической академии им. А.Ф. Можайского к физическим нагрузкам / М.Г. Богдан, А.П. Булка, В.В. Васильченко // Психофизиология про-

фессионального здоровья человека : материалы IV всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2012. – С. 180–182.

4. *Борисова Л.П.* Медико-социологические исследования образа жизни студентов педагогического вуза / Л.П. Борисова // Организация профилактической работы с населением : проблемы и пути решения : материалы науч.-практ. конф. – СПб., 2009. – С. 68–71.

5. *Бороздина Л.В.* Сущность самооценки и ее соотношение с Я-концепцией / Л.В. Бороздина // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14: Психология. – 2011. – № 1. – С. 54–65.

6. *Варич Л.А.* Особенности психофизиологической адаптации студентов к условиям обучения с разным уровнем двигательной активности : автореф. дис. ... канд. биол. наук / Л.А. Варич. – Кемерово, 2004. – 24 с.

7. *Воробьева О.А.* Проблема адаптации студентов первокурсников из сельской местности к обучению в колледже / О.А. Воробьева // Психология в России и за рубежом : материалы междунар. заоч. науч. конф. – СПб.: Реноме, 2011. – С. 96–98.

8. *Корзунин В.А.* О нервно-психической неустойчивости / В.А. Корзунин, С.В. Чермянин, В.В. Юсупов // Современные проблемы военной медицины, обитаемости и профессионального отбора : материалы всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 42.

9. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2000. – 18 с.

10. *Леонтьев Д.А.* Как мы выбираем : структуры переживания собственного выбора и их связь с характеристиками личности / Д.А. Леонтьев, А.Х. Фам // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14: Психология. – 2011. – № 1. – С. 39–53.

11. *Лилиенталь И.Е.* Психологическая поддержка студентов в период адаптации к образовательному процессу вуза : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Лилиенталь И.Е. – Ставрополь, 2000. – 24 с.

12. *Макарова С.Н.* Уровни профессиональной социализации: концептуальный аспект / С.Н. Макарова // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. Сер.: Обществ. и гуманитар. науки. – 2008. – № 11 (62). – С. 152–157.

13. *Пантилеев С.Р.* Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С.Р. Пантилеев. – М. : Изд-во МГУ, 1991. – 110 с.

14. *Пишо П.* Эпидемиология депрессий / П. Пишо // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – № 12. – С. 82–84.

15. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. – СПб. : Гражд. контроль, 2002. – 36 с.
16. *Столин В.В.* Самосознание личности / В.В. Столин. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 284 с.
17. *Тарабрина Н.В.* Успешность профессиональной деятельности и профессиональная пригодность оператора / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психол. журн. – 1994. – Т. 15, № 3. – С. 87–95.
18. *Тригорлый С.Н.* Психофизиологическая адаптация студентов высших учебных заведений : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Н. Тригорлый. – Владивосток, 2006. – 24 с.
19. *Юнкеров В.И.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб., 2002. – 266 с.
20. *Zigmond A.S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67, N 6. – P. 361–370.

## РЕФЕРАТЫ

**Лифинцева А.А.** К проблеме терапевтического альянса в детской и подростковой психотерапии // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 7–14.

Обзорная статья посвящена обсуждению ключевых проблем детско-терапевтического альянса, в том числе в психотерапии кризисных состояний; рассмотрению основных функций детско-терапевтического альянса и его отличий от терапевтического альянса в психотерапии взрослых.

**Ключевые слова:** психотерапия, дети и подростки, детско-терапевтический альянс, эмоциональная связь.

**Матрусов С.Г., Федотчев А.И.** Коррекция психогенных функциональных расстройств музыкальными воздействиями, управляемыми ЭЭГ-осцилляторами пациента // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 15–22.

Представлены результаты экспериментального анализа ключевых параметров музыкальных воздействий, управляемых по принципу обратной связи узкочастотными электроэнцефалографическими (ЭЭГ) осцилляторами пациента. Установлено, что оптимальными условиями организации таких воздействий являются использование осцилляторов из тета- (4–8 Гц) и альфа- (8–13 Гц) диапазонов ЭЭГ и минимальная длительность прерывания музыки в случае несоответствия между пороговым и текущим значениями амплитуды ЭЭГ осциллятора. При применении таких воздействий уже к концу первой лечебной процедуры отмечены нормализация ЭЭГ и позитивные изменения психического состояния пациентов.

**Ключевые слова:** музыкальные воздействия, обратная биологическая связь, электроэнцефалограмма, узкочастотные ЭЭГ-осцилляторы, коррекция функционального состояния.

**Старостин О.А.** Холистический подход в диагностике и психотерапии соматоформных расстройств // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 23–29.

Целью исследования явилась систематизация данных об этиопатогенезе психосоматических расстройств, для обоснования целостного «медико-психологического» подхода в холистической психотерапии соматоформных расстройств. Вводится понятие «соматогеоэтнопсихологический» подход, как мо-

дель целостного (холистического) взгляда на психосоматические расстройства. Предложенная гипотеза заключается в том, что у пациента формируется локальная неосознанность («скотома неосознанности») по поводу конкретной жизненной ситуации, которая проявляется в четырех психофизиологических «квадросферах»: в сфере вегетативно-висцеральных и двигательных реакций, в эмоционально-волевой сфере, в сферах образного и вербально-логического мышления. Целью холистической терапии является повышение осознанности в зоне «слепого пятна», принятие пациентом ситуации, интеграция личного опыта и восстановление целостного восприятия пациентом проблемной ситуации, на которую символически указывал симптом соматоформного расстройства. Одной из техник холистической психотерапии, которую мы успешно применяем в терапии соматоформных расстройств, является техника «Четырех стульев», которая не только помогает пациенту освободиться от симптома, но и открывает неосознаваемые ранее причины возникновения соматоформного расстройства.

**Ключевые слова:** клиническая психология, психобиосоциальная парадигма, психосоматические расстройства, бессознательное, ахолистическое расстройство, холистическая психотерапия.

**Полторак С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В.** Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 29–37.

Рассматривается изменение соотношения фармакотерапии и психотерапии в комплексном лечении пациентов с невротическими расстройствами за последние 50 лет. Отдельно выделены основные факторы определявшие лечебные стратегии в каждый декадный промежуток, дан анализ вклада каждого из них.

**Ключевые слова:** медицинская психология, психотерапия, психофармакотерапия, невротические расстройства.

**Антоненко А.А.** Особенности клинических проявлений Интернет-зависимого поведения у подростков с различными типами деятельности в сети // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 38–46.

Представлены проявления симптомов интернет-зависимого поведения и выраженность психопатологических симптомов у 120 подростков с интернет-зависимым поведением, предпочитающих онлайн-игры (1-я группа), сервисы онлайн общения (2-я группа) и 60 подростков, характеризующихся здоровым ис-

пользованием сети Интернет (3-я группа). Подростки 1-й группы показывали более высокий балл и по выраженности самого интернет-зависимого поведения по опроснику Чена (CIAS), и также по отдельным его шкалам, таким как проблемы, связанные с интернет-зависимым поведением (IA-RP), шкала управлением времени (TM), ключевые симптомы интернет-зависимости (IA-Sym) и шкала толерантности (Tol), что может свидетельствовать о более высокой адиктогенности многопользовательских ролевых игр. Подростки 2-й группы демонстрируют более высокие показатели по шкалам симптомов отмены (Wit) икомпульсивности (Com). Подросткам 1-й группы по сравнению с подростками 2-й группы в меньшей степени свойственна тревожная симптоматика по опроснику SCL-90-R. На уровне тенденций отмечается проявление депрессивной и тревожной симптоматики. У подростков с интернет-зависимым поведением по сравнению с подростками контрольной группы гораздо сильнее выражен уровень дистресса и общей фрустрации.

**Ключевые слова:** клиническая психология, психодиагностика, подростки, аддиктивное поведение, интернет-зависимость.

**Евдокимов В.И., Мухина Н.А., Натарова А.А.** Профессиональное выгорание у среднего медицинского персонала по данным зарубежных публикаций (1993–2012 гг.) // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 47–70.

Представлен алгоритм поиска статей в реферативно-библиографической базе данных Scopus в сфере профессионального выгорания у средних медицинских работников. Применили поисковое словосочетание «burnout nurse» (выгорание и медсестра), поисковый режим «Title – Abstract – Keywords» (название статьи – реферат – ключевые слова) и 20-летний период (с 1993 по 2012 г.). Поиск позволил выявить 2775 публикаций. Проведен наукометрический анализ научных изданий по странам и типам публикаций, авторам, журналам и учреждениям, сведения о которых помогут заинтересованным исследователям провести целенаправленный поиск статей. По материалам публикаций проанализированы профессиональные факторы, способствующие развитию профессионального выгорания у среднего медицинского персонала ведущих стран мира.

**Ключевые слова:** клиническая психология, профессиональное выгорание, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений, психодиагностика, средний медицинский персонал, медсестры, базы данных, Scopus.



**Рыбников В.Ю., Защирина О.В.** Феноменология возрастных закономерностей нарушения общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 71–85.

Обследованы три группы детей и подростков в возрасте 6–14 лет с легкой умственной отсталостью ( $n = 674$ ) (F70 по МКБ-10), смешанными специфическими расстройствами развития ( $n = 438$ ) (F83 по МКБ-10) и нормально развивающиеся сверстники ( $n = 1034$ ). Структурно-динамический подход позволил выявить три ведущих компонента общения – эмоционально-потребностный, регуляторный и когнитивный. С учетом выявленных компонентов исследовалась феноменология возрастных закономерностей коммуникативного развития детей и подростков при наличии умственной отсталости. Выявлены специфические проявления нарушения общения при умственной отсталости, которые проявляются в стойком недоразвитии, гетерохронности реализации ведущих компонентов, дискретности изучаемых показателей. Спорадичность возрастной динамики проявляется в цикличности реализации эмоционально-потребностного компонента.

**Ключевые слова:** клиническая психология, умственная отсталость, нарушение общения, структурно-динамический подход, компоненты общения, возрастные закономерности, стойкое недоразвитие, гетерохронность, спорадичность.

**Тикноте Г., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С., Мизерене Р.** Структура и уровень мотивации на лечение больных алкоголизмом // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 86–97.

Обследовали 30 женщин в возрасте ( $40,0 \pm 1,9$ ) года и 98 мужчин в возрасте ( $41,2 \pm 1,2$ ) года с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10). Средний срок формирования алкогольного абстинентного синдрома у женщин составил ( $7,4 \pm 3,7$ ) года, у мужчин – ( $12,7 \pm 5,3$ ) года. Использовали комплекс психодиагностических методик, позволяющих определить уровень и структуру мотивации на лечение у больных алкоголизмом. Определены специфичные ценностно-смысловые, когнитивные и поведенческие предикторы мотивации на лечение, позволяющие прогнозировать вовлеченность больных алкоголизмом в процесс лечения, которые явились мишенями при проведении психотерапевтического лечения.

**Ключевые слова:** клиническая психология, патологическая зависимость, алкоголизм, мотивация к лечению, уровни мотивации, осознание болезни, психотерапия.

**Алехин А.Н., Королева Н.Н., Литвиненко О.А.** Ценностно-смысловые ориентации подростков в различные периоды новейшей истории России // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 98–113.

Представлены результаты историко-психологического анализа ценностно-смысловых трансформаций подростков, произошедших под влиянием эпохальных сдвигов социокультурной ситуации в различные периоды Новейшей истории России: период относительной социокультурной и экономической стабильности, моноидеологии; девальвации укорененных ценностей; смены общественно-политического строя, политической, экономической и социокультурной дестабилизации; тотальной неопределенности в условиях нарождающейся идеологии потребления. Показано, что выявленные трансформации ведущих личностных смыслов и ценностных ориентаций у подростков выступают своеобразным способом психической адаптации к изменяющимся социальным условиям. Историко-психологический анализ социокультурных условий, оказывающих влияние на формирование ценностных ориентаций в подростковом возрасте, изменения базовых личностно-смысловых установок в структуре образа мира и Я-концепции, в том числе, обуславливающих девиации поведения, позволил определить эффективные пути профилактики и коррекции нарушений адаптации и социализации современных российских подростков.

**Ключевые слова:** подростковый возраст, социализация, социокультурная среда, Новейшая история России, смысловые трансформации, отношения, ценностные ориентации, саморазрушающее поведение, нарушения адаптации.

**Белых Т.В.** Культура безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях: определение понятия, структурно-функциональная модель, основные принципы // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 114–121.

Представлена схема структурно-функциональной модели формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения, проживающего на радиоактивно-загрязненных территориях (РЗТ) и принципы формирования этой модели. В качестве критериев, характеризующих уровень сформированности культуры безопасности жизнедеятельности у населения РЗТ, выделены поведенческие характеристики, направленные на здоровьесберегающие технологии, и следование нормам и правилам безопасного проживания на РЗТ.

**Ключевые слова:** безопасность жизнедеятельности, модель культуры безопасности, радиация, радиационно-загрязненные территории, население, здоровый образ жизни.

**Улюкин И.М., Остроумов И.Н., Болехан В.Н.** Смысложизненные установки и самоотношение у студентов первого курса педагогического университета // Вестник психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 122–133.

Исследованы смысложизненные установки, особенности самоотношения, эмоциональный статус, отдельные стороны психофизиологического статуса (физическое, умственное, хроническое утомление) в периоде адаптации к учебному процессу у 50 практически здоровых студентов I курса педагогического университета. Полученные данные обосновывают необходимость создания благоприятного психолого-педагогического микроклимата в студенческих группах на основе взаимодействия со студентами с целью предупреждения отклоняющегося поведения, преодоления трудностей в учебе, решения личностных проблем в адаптационный период посредством оказания консультативной или другой помощи; раннего выявления и предупреждения возможных нарушений в период социализации личности студента посредством психодиагностики и консультирования; выявления дезадаптированных студентов группы риска; формирования и индивидуализации умений самоорганизации в соответствии с личностными особенностями студента.

**Ключевые слова:** социальная психология, психодиагностика, студенты, высшее учебное заведение, адаптация, смысложизненные ориентации, самоотношение, эмоциональный статус, психофизиологический статус.

**Lifintseva A.A.** The problem of the therapeutic alliance in pediatric and adolescent psychotherapy // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 7–14.

This review article is devoted to the discussion of the key issues of therapeutic alliance in pediatric and adolescent psychotherapy, including crisis psychotherapy, as well as basic functions of child-therapist alliance in pediatric and adolescent psychotherapy and how it differs from the therapeutic alliance in adult psychotherapy.

**Keywords:** psychotherapy, children and adolescents, child-therapist alliance in child and adolescent psychotherapy, emotional connection.

**Matrusov S.G., Fedotchev A.I.** Correction of psychogenic functional disorders with musical influences, controlled by patient's own EEG oscillators // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 15–22.

The results of experimental analysis of key parameters of music influences with feedback control via narrow-band electroencephalographic (EEG) oscillators of the

patient are presented. Narrow-band oscillators from the theta (4–8 Hz) and alpha (8–13 Hz) EEG ranges and the minimal duration of music interruptions in the case of discrepancy between the current and threshold amplitudes of the EEG oscillator were shown to produce optimal effects. Under such conditions, EEG normalization and positive changes in mental status were reported in patients by the end of the first treatment procedure.

**Keywords:** musical influences, biofeedback, electroencephalogram (EEG), narrow-band EEG oscillators, functional correction.

**Starostin O.A.** A holistic approach to diagnosis and therapy of somatoform disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 23–29.

The aim of the study was to systematize data on the etiopathogenesis of psychosomatic disorders and to support holistic “medical-psychological” approach to holistic psychotherapy of somatoform disorders. We introduce the concept – “somatoteoethnopsychological” approach as a model of integral (holistic) view of psychosomatic disorders. Our hypothesis is that the patient has formed a local unawareness (“scotoma unawareness”) about a specific situation in life, which is evident in the four psychophysiological “quadraspheres”: autonomous-visceral and motor responses, emotional and volitional sphere, spheres of figurative and verbal-logical thinking. The aim of holistic therapy is increased awareness in the area of “blind spot”, adoption of situation by the patient, integration of personal experience and restoration of integral perception by the patient of the problem situation symbolically indicated by symptoms of somatoform disorder. One of the techniques of holistic therapy we successfully use in the treatment of somatoform disorders is the technique of “Four chairs”, which not only helps the patient to get rid of the symptom, but also opens up previously unacknowledged causes of somatoform disorder.

**Keywords:** clinical psychology, psychobiosocial paradigm, psychosomatic disorders, unconsciousness, aholistic disorder, holistic psychotherapy.

**Poltorak S.V., Karavaeva T.A., Vasileva A.V.** The change in relationship between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of neurotic disorders in the second half of the XX century – beginning of the XXI century // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 29–37.

The article considers the change in relationship between psychopharmacotherapy and psychotherapy in the complex treatment of neurotic disorders during the last

50 years. Main factors were distinguished, which determined treatment strategies within every decade; their specific contribution was analyzed.

**Keywords:** medical psychology, psychotherapy, psychopharmacotherapy, neurotic disorders.

**Antonenko A.A.** Clinical manifestations of Internet-dependent behavior in adolescents with different types of activity in the network // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 38–46.

The article presents the symptoms of Internet addiction behavior and severity of psychiatric symptoms in 120 adolescents with an Internet-dependent behavior, preferring online games (group 1), services of online communication (group 2) and 60 adolescents, characterized by healthy Internet using (group 3). Teenagers from group 1 showed higher scores both on severity of the Internet-dependent behavior by Chen Internet Addiction Scale (CIAS) and also by its individual scales, such as problems related to Internet-dependent behavior (IA-RP), time management (TM) scale, key symptoms of Internet addiction (IA-Sym) and the scale of tolerance (Tol); this may indicate a higher addiction potential of multiplayer role-playing games. Teenagers from group 2 demonstrate higher scores on the scale of withdrawal symptoms (Wit) and compulsion (Com). Teenagers from group 1 compared with group 2 have less pronounced anxiety symptoms by SCL-90-R. At the level of trends, depressive and anxiety symptoms were revealed. Also, adolescents with Internet-addiction behavior compared with those from control group have much more pronounced level of distress and general frustration.

**Keywords:** clinical psychology, psycho-diagnostics, teenagers, addictive behavior, Internet addiction.

**Evdokimov V.I., Mukhina N.A., Natarova A.A.** Professional burnout among nursing staff according to foreign publications (1993–2012) // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 47–70.

A soecific algorithm was used for finding articles on burnout in nursing staff in Scopus database of bibliographic references. Word combination “burnout nurse” with search mode “Title – Abstract – Keywords” and 20-year period (1993–2012) were used. 2775 publications were found. Scientometric analysis of scientific publications by country and type of publication, authors, journals and institutions was performed; the details will help interested researchers to conduct targeted searches of articles. Based on published materials, there were analyzed work-related factors contributing to

the development of burnout among nursing staff in leading countries throughout the world.

**Keywords:** clinical psychology, burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievements, psychodiagnostics, nursing staff, nurses, databases, Scopus.

**Rybnikov V.Y., Zashchirinskaya O.V.** Phenomenology of the age patterns of socialization disorders in children and adolescents with mild mental retardation // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 71–85.

The study included three groups of children and teenagers aged 6–14 years: with the diagnosis (ICD-10) “F70 – mild mental retardation” (n = 674), “F83 – mixed specific developmental disorder” (n = 438) and normally developing peers (n = 1034). Structural and dynamic approach made it possible to identify three major components of communication – emotional need, cognitive and regulatory. Considering the identified components, phenomenology of age patterns of communicative development was investigated in children and adolescents with diagnosis of F70. Specific manifestations of socialization disorders in mental retardation were identified; they manifest as persistent underdevelopment and heterochrony of the major components, discreteness of the studied parameters. Sporadicity of the age dynamics is manifested in the cyclicity of the emotional-need component.

**Keywords:** clinical psychology, mental retardation, impaired communication, structural and dynamic approach, components of communication, age patterns, persistent underdevelopment, heterochronicity, sporadicity.

**Tiknyute G., Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Mizeras S., Mizerene R.** Structure and level of motivation for treatment in alcoholic patients // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 86–97.

In total, 30 women aged ( $40.0 \pm 1.9$ ) years and 98 men aged ( $41,2 \pm 1,2$ ) years with alcohol dependence syndrome (F10.2 by ICD-10) were examined. Mean time of formation of alcohol withdrawal syndrome in women was ( $7,4 \pm 3,7$ ) years, in men ( $12,7 \pm 5,3$ ) years. A set of diagnostic instruments were used to determine the level and structure of motivation for treatment in patients with alcoholism. Specific value semantic, cognitive, and behavioral predictors of motivation for treatment were identified for predicting involvement of alcoholics in treatment; these predictors were targeted during psychotherapy.

**Keywords:** clinical psychology, pathological addiction, alcoholism, motivation for treatment, the levels of motivation, awareness of the disease, psychotherapy.

**Alekhin A.N., Koroleva N.N., Litvinenko O.A.** Semantic values in teenagers during different periods of the contemporary history of Russia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 98–113.

Results of the historical and psychological analysis of semantic value transformations occurred in teenagers under the influence of epochal shifts in a social and cultural situation during various periods of the contemporary history of Russia are presented in article: period of relative social and economic stability, uniform ideology; devaluation of the implanted values; change of a socio-political system, political, economic and socio-cultural destabilization; the period of total uncertainty in the conditions of arising ideology of consumption. It is shown that the revealed transformations of leading personality meanings and value orientations in teenagers are a specific way of mental adaptation to changing social conditions. The historical and psychological analysis of the social and cultural conditions having impact on formation of values in teenagers, changes in basic personality and semantic attitudes in the structure of world image and self-concept, including those causing behavior deviations, will help to define effective approaches to prevent and correct adaptation and socialization disorders in modern Russian teenagers.

**Keywords:** teenagers, socialization, socio-cultural environment, contemporary history of Russia, semantic transformations, relations, values, self-destroying behavior, maladjustment.

**Belykh T.V.** Culture of life safety in inhabitants of radioactively contaminated areas: definition, structural and functional model, basic principles // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 114–121.

A schematic diagram of structural-functional model of formation of the culture of life safety in inhabitants of radioactively contaminated areas (RCAs) and principles of this model formation. As criteria for characterizing the level of development of a culture of life safety in RCA inhabitants, there were identified behavioral patterns aimed at health-saving technologies, and adherence to the norms and rules of safe living at RCAs.

**Keywords:** life safety, model of safety culture, radiation, radioactively contaminated areas, population, healthy lifestyle.

**Ulyukin I.M., Ostroumov I.N., Bolekhan V.N.** Meaning-of-life attitudes and self-attitude in the first-year students of pedagogical university // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 47 (52). – P. 122–133.

Meaning-of-life attitudes, self-attitude, emotional status, and certain aspects of the psycho-physiological status (physical, mental, chronic fatigue) were assessed in 50 healthy 1-year students of Pedagogical University during adaptation to the educational process. The data obtained justify the need: to create favorable psychological and pedagogical climate in student groups on the basis of interaction with the students to prevent deviant behavior, to overcome educational difficulties, to solve personality problems during adaptation through providing advice or other assistance; to early detect and prevent possible disorders during socialization through student counseling and psycho-diagnostics; to reveal maladjusted students of risk groups; to form self-organization and customization abilities in accordance with personality characteristics of each student.

**Keywords:** social psychology, psychognosis, students, college, adaptation, meaning-of-life attitudes, self-attitude, emotional status, psychophysiological status.



## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алёхин Анатолий Николаевич** – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, заведующий кафедрой клинической психологии; доктор медицинских наук профессор; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р.т. (812) 312-07-22, e-mail: termez59@mail.ru.

**Антоненко Анна Анатольевна** – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, аспирант кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии факультета клинической психологии; 127473, г. Москва, ул. Делигатская, д. 20, стр. 1, e-mail: anuta4ever@gmail.com.

**Белых Татьяна Васильевна** – Центральный институт повышения квалификации Госкорпорации «Росатом», специалист 1 категории Лаборатории психологического обеспечения успешности профессиональной деятельности НМЦ «Развитие персонала АЭС»; 249031, Калужская обл., г.Обнинск, ул. Курчатова, д. 21, р.т. (48439)2-91-91, e-mail: pochta806@gambler.ru.

**Болахан Василий Николаевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, заместитель начальника НИЦ; доктор медицинских наук; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-29, e-mail: v.bolekhan1962@yandex.ru.

**Васильева Анна Владимировна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-34-79.

**Григорьев Степан Григорьевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, старший научный сотрудник НИИ кибернетики научно-исследовательского отдела медико-информационных технологий, доктор медицинских наук, профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: gsg\_rj@mail.ru.

**Евдокимов Владимир Иванович** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстремальная медицина»; доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: 9334616@mail.ru.

**Защиринская Оксана Владимировна** – Санкт-Петербургский государственный университет, доцент кафедры специальной психологии факультета психологии; кандидат психологических наук доцент; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9, р.т. (812) 305-06-42, e-mail: zaoks@mail.ru.

**Каравасева Татьяна Артуровна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: tania-kar@yandex.ru.

**Королева Наталья Николаевна** – Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, заведующий кафедрой методов психологического познания; доктор психологических наук профессор; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, e-mail: korolevanatalya@mail.ru.

**Литвиненко Ольга Андреевна** – Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, аспирант 4 курса кафедры клинической психологии; старший лаборант научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких медицинских технологий СПбГУ; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, e-mail: olitvinenko@mail.ru.

**Лифинцева Алла Александровна** – Балтийский федеральный университет им. И. Канта, доцент кафедры психологии и социальной работы; кандидат психологических наук доцент; 236078, г. Калининград, ул. Чернышевского, д. 56 а, e-mail: allif1980@gambler.ru.

**Матрусов Сергей Герасимович** – Больница Пушкинского научного центра Российской академии наук, заведующий отделением физиотерапии, врач-терапевт; 142290, Московская обл., г. Пушкино, ул. Институтская, д. 1, р.т. (4967) 73-17-56, e-mail: matr\_1958@mail.ru.

**Мизерас Саулюс** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, медицинский психолог; Международный институт резервных возможностей человека, медицинский психолог; кандидат психологических наук; 97143, Литва, г. Кретинга, ул. Кестучио, д. 18, e-mail: sauliusm@yandex.ru.

**Мизерене Рута** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, врач-психотерапевт; доктор медицинских наук; Литва, г. Кретинга, ул. Кестучио, д. 18, e-mail: meshkelis@yandex.ru.

**Мильчакова Валентина Александровна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психологии и педагогики, медицинский психолог Международного института резервных возможностей человека; кандидат психологических наук доцент; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, р.т. (812) 513-67-97, e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

**Мухина Наталия Александровна** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, старший научный сотрудник НИО «Медицинский регистр МЧС России»; кандидат медицинских наук доцент; 190044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 541-87-21, e-mail: nata.mukhina@gmail.com.

**Натарова Анастасия Алексеевна** – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, аспирант кафедры общей гигиены; 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, e-mail: asiyaspb@rambler.ru.

**Остроумов Игорь Николаевич** – Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, старший преподаватель кафедры физической культуры; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, р.т. (812)312-34-22, e-mail: igor-ostroumov@rambler.ru.

**Рыбников Виктор Юрьевич** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заместитель директора по научной и учебной работе; заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 702-63-43, e-mail: medicine@arcerm.spb.ru.

**Старостин Олег Альбертович** – Международный медицинский центр «Согаз», врач-психотерапевт; кандидат медицинских наук доцент; 191186, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Конюшенная, д. 8, e-mail: oleg9733127@gmail.com.

**Тикноте Года** – Литовский университет наук о здоровье, студентка медицинского факультета; 44307, Литва, г. Каунас, ул. А. Мицкевичуса, д.9.

**Улюкин Игорь Михайлович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник НИЛ (экспертной диагностики) НИО (по профилактике и борьбе со СПИД в ВС РФ); кандидат медицинских наук; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-61, e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru.

**Федотчев Александр Иванович** – Институт биофизики клетки Российской академии наук, ведущий научный сотрудник лаборатории механизмов рецепции; доктор биологических наук; 142290, Московская обл., г. Пушкино, ул. Институтская, д. 3, р.т. (4967) 73-91-17, e-mail: fedotchev@mail.ru.

## ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ И УЧИТЕЛЯ



С глубоким прискорбием сообщаем, что 24 сентября 2013 г. на 83-м году жизни скоропостижно скончался заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук профессор Борис Дмитриевич Карвасарский.

Борис Дмитриевич Карвасарский родился 3 февраля 1931 г. В 1954 г. закончил Военно-морскую медицинскую академию в г. Ленинграде. После окончания ВММА служил на Северном флоте ВМФ начальником медицинской службы эсминцев «Отчаянный» и «Огненный». После окончания службы в 1957 г. поступил в аспирантуру Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института (ЛНИПНИ) им. В.М. Бехтерева. С этого времени профессиональная деятельность Бориса Дмитриевича неразрывно связана с этим институтом. В 1969 г. он возглавил созданное им отделение неврозов и психотерапии.

Одновременно, по совместительству, Борис Дмитриевич преподавал на факультете психологии Ленинградского государственного университета (ЛГУ) с 1965 по 1975 г. По сути дела, им были заложены основы преподавания медицинской психологии, сформулирована концепция участия психолога в психотерапии и здравоохранении.

В 1967 г. Борис Дмитриевич защитил докторскую диссертацию на тему «Патогенетические механизмы и дифференциальная диагностика головных болей в клинике неврозов». Созданная им биопсихосоциальная концепция неврозов представляет собой методологию и практику диагностики и лечения этой распространенной группы заболеваний и получила

широкое признание в нашей стране и за рубежом. Концепция опубликована в монографии «Неврозы» (1-е изд. – 1980 г., 2-е изд. – 1990 г.).

Борис Дмитриевич проявил себя как крупный организатор образовательной деятельности в сфере медицинской психологии. Он открыл направление и длительное время руководил в ЛГУ специализацией по медицинской психологии, обобщив свой опыт работы в монографии «Медицинская психология» (1982 г.). С 1982 по 1993 г. Борис Дмитриевич работал по совместительству в Ленинградской медицинской академии последипломного образования (МАПО, ныне Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова), где организовал кафедру психотерапии. На базе этой кафедры в 1993 г. в системе институтов усовершенствования врачей была создана первая самостоятельная кафедра медицинской психологии. В 2001 г. из кафедры психотерапии МАПО выделилась самостоятельная кафедра детско-подростковой психиатрии и психотерапии. В настоящее время все три кафедры возглавляются его учениками.

Результатом последующей исследовательской деятельности Б.Д. Карвасарского явилось создание ведущего направления психотерапии в стране – современной концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Изложенные в монографии «Психотерапия» (1985 г.) идеи – классический труд в этой области. Основные главы этой монографии были изданы в США.

Являясь с 1986 г. главным психотерапевтом Минздрава РСФСР, а затем и руководителем Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, Борис Дмитриевич заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению, создал институт главных психотерапевтов в регионах России, организовал их подготовку и усовершенствование. Под его руководством в ряде регионов открыты крупные психотерапевтические центры, позволившие значительно улучшить психотерапевтическое обслуживание населения и повысить квалификацию врачей и психологов. Борис Дмитриевич являлся руководителем ряда международных психотерапевтических программ, в том числе с учеными Германии (Университет г. Франкфурта) и США (Университет Хофстра г. Нью-Йорка).

Б.Д. Карвасарский – автор 215 научных работ (24 из них опубликованы за рубежом) и 14 монографий; автор и главный редактор 7 энциклопедий и учебников: «Психотерапевтическая энциклопедия» (1999, 2002, 2006 гг.), «Психотерапия» – учебник (2000, 2002, 2007 гг.), «Клиническая

психология» – учебник для студентов медицинских вузов и психологических факультетов (2002, 2005, 2006, 2010 гг.) и др.; редактор и соредатор 14 тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии и медицинской психологии. Под руководством Бориса Дмитриевича Карвасарского защищено 99 кандидатских диссертаций, он являлся научным консультантом 23 докторских диссертаций.

Борис Дмитриевич рассматривался современниками как широко известный российский медицинский психолог и психотерапевт, ученик В.Н. Мясищева, создатель Ленинградской – Санкт-Петербургской школы психотерапии.

Борис Дмитриевич – доктор медицинских наук (1967 г.), профессор (1971 г.), заслуженный деятель науки РФ (1996 г.). Он являлся почетным президентом созданной им Российской психотерапевтической ассоциации и главным специалистом-экспертом по психотерапии Минздравсоцразвития РФ. Награжден орденом «Знак почета» (1981 г.), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством II степени» (2007 г.).

Борис Дмитриевич много лет являлся членом редакционного совета журнала «Вестник психотерапии».

Коллеги Бориса Дмитриевича сохраняют о нем добрую память, а ученики и последователи – благодарность за огромный вклад в развитие отечественной психотерапии и медицинской психологии.



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
Тел/факс (812) 592-35-79, 513-67-97  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

**Уважаемые коллеги!**

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, 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. С 2002 года журнал **включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 №6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки №2 от 10.01.2003).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуротунный. 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 краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. 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 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

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 отражать новейшие данные, 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.

Телефон/факс (812) 513-67-97; 592-35-79 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@gambler.ru)

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

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 – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 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 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 30.09.2013. Печать – ризография.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 1000 экз.  
Объем 9,5 п. л. Заказ 5712.