

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 56 (61)

Санкт-Петербург
2015

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2015
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2015

**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 56 (61)

St. Petersburg
2015

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2015

© International Institute of Human Potential Abilities, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Бибчук М.А., Рихмаер Е.А.

Теоретические основания и практические приемы психотерапии неполной семьи 7

Чистяков М.С.

Заметки об опыте ведения психодинамической группы с больными шизофренией 19

ПСИХИАТРИЯ

Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г.

Динамика представлений о профессиональных компетенциях у специалистов, осуществляющих лечебно-реабилитационную деятельность в психиатрическом стационаре 37

Бачинин И.В.

Трезвенное становление личности в традициях православия как основа устойчивости к зависимостям 49

Евдокимов В.И., Глухов В.А., Григорьев С.Г.

Публикационная активность и наукометрические показатели статей в научных учреждениях по психиатрии и наркологии (2005–2014 гг.) 61

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Алехин А.Н., Пульцина К.И.

Тревога, как психологический аспект феномена поисковой активности 79

Голикова А.А.

Качество жизни подростков с нарушениями зрения 90

Шульц Е.В., Караваева Т.А.

Пространственная синхронизация электрических сигналов мозга у больных с невротическими расстройствами (по данным когерентного анализа) 98

Лакомская А.В.

Жизнестойкость больных перенесших разные виды операций на сосудах сердца 111

Орлов Д.К., Николаев Е.Л.

Особенности самоотношения и саморегуляции у студентов с различным уровнем здоровья 121

Мокрецова О.Г.

Ожидания в структуре социально-психологической адаптации трудовых мигрантов 136

Информация о журнале 153

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

Bebchuk M.A., Rihmaer E.A. Theoretical basis and practical methods of psychotherapy of single-parent families	7
Chistyakov M.S. Notes on the experience of leading the psychodynamic group with the schizophrenic patients	19

PSYCHIATRY

Rybnikov V.Y., Bulygina V.G. The dynamics of views about professional competence of experts conducting the treatment and rehabilitation activities in psychiatric hospital	37
Bachinin I.V. Temperance the formation of personality in the tradition of Orthodoxy as the basis of resistance to dependency	49
Evdokimov V.I., Glukhov V.A., Grigoriev S.G. Publication activity and scientometric indices of articles from scientific institutions for mental health and narcology (2005–2014)	61

MEDICAL PSYCHOLOGY

Alekhin A.N., Pultcina K.I. Anxiety as psychological aspects of the phenomenon search activity	79
Golikova A.A. Quality of life in adolescents with visual impairment	90
Shults E.V., Karavaeva T.A. Spatial synchronization of the electrical signals of the brain in patients with neurotic disorders (according to coherence analysis)	98
Lakomskaya A.V. The hardness of patients undergoing different types of operations on vessels of heart	111
Orlov D.K., Nikolaev E.L. Characteristics of self-attitude and self-regulation in students with different levels of health	121
Mokretsova O.G. Expectations within labour migrants socio-psychological adaptation	136
Information about the Journal	153

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 314.622.4

М.А. Бебчук, Е.А. Рихмаер

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ НЕПОЛНОЙ СЕМЬИ

Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова (Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1);
Институт интегративной семейной терапии
(Россия, Москва, Симферопольский проезд, д. 1)

Представлен анализ теоретических данных и обобщение психотерапевтического опыта, полученного в работе с 386 семьями, обратившимися за помощью по поводу проблемного поведения детей 3–19 лет имеющими указания в анамнезе на развод или смерть одного из родителей. Описаны жизненный цикл неполной семьи, фазы и особенности ее развития, тайны и мифы, регуляция эмоциональной дистанции и структурные параметры семейной системы (несбалансированная иерархия, коалиция через поколение, нарушения ролевой структуры). Особое внимание уделено задачам и этапам психотерапии неполных семей: оценке структурных параметров и фазы развития неполной семьи; этапу эмоционального завершения развода; поиску «хорошего места» для отца/матери в новой семейной системе; формированию системы дополнительной поддержки и определению функций третьего поколения; регулированию эмоциональной дистанции и уменьшению напряжения в диаде «воспитывающий родитель – ребенок»; восстановлению родителей (бывших супругов) в их родительских функциональных ролях; коммуникативному тренингу, направленному на улучшение количественных и/или качественных характеристик общения пары родителей. Содержатся конкретные практические приемы, рекомендации специалистам и примеры заданий. Положения статьи проиллюстрированы девятью короткими случаями из практики.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, неполная семья, дети, развод, родительская пара, психотерапия, этапы, практические приемы.

Бебчук Марина Александровна – канд. мед. наук доц., каф. психотерапии, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова (Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1); e-mail: familyland@yandex.ru;

Рихмаер Елена Анатольевна – канд. психол. наук, психолог, Ин-т интегративной семейной терапии (Россия, 117638, Москва, Симферопольский проезд, д. 1); e-mail: familyland@yandex.ru.

Введение

Общественное мнение о неполной семье отражает неоднозначность конфликта разводящихся родителей: признание права «избавления» от неудавшегося союза противостоит убеждению и данным эмпирических исследований последних 15–20 лет, что развод наносит ущерб детям [2, 9] в виде «симптомов развода» (беспокойство, соматические, психологические и поведенческие проблемы, отставание социального и эмоционального развития [1, 7, 8, 9]). В последнее время появился ряд системно-теоретических работ, направленных не столько на сам развод, сколько на конфликтные отношения родителей, которые после развода часто усиливаются [1, 5, 6]. Существует мнение, что дети, которые втягиваются в отношения родителей, оказываются в так называемом конфликте лояльности [5, 6]. Конфликт лояльности не является специфичным для детей разведенных родителей, он характерен и для детей, состоящих в браке родителей, которые в ходе супружеских разногласий сознательно или бессознательно ищут в детях союзников [1, 6]. Нередко такие дети играют роль «психотерапевтов» брака, пытаются примирить или утешить родителей (или одного из них) задолго до развода [4, 6]. «Симптомы развода» появляются у детей непосредственно перед разводом и часто выполняют функцию «отвлечения» родителей от их проблем с «предложением» совместно заняться проблемами ребенка. Дети стараются как можно лучше вести себя или, наоборот, становятся неуправляемыми [7]. В практике семейного психологического консультирования по поводу проблемного поведения детей развод и повторный брак остаются наиболее актуальными темами.

Материал и методы

Для диагностики, формирования гипотезы, построения плана психотерапевтического вмешательства, выбора интервенций в работе применили понятийный аппарат и методологию системного подхода. Использовали традиционное понимание «неполной семьи», в которой присутствует только один из родителей вследствие расторжения брака, рождения внебрачного ребенка, смерти одного из родителей, усыновления. Основу статьи составил практический опыт консультативной и психотерапевтической работы с семьями, обратившимися за помощью по поводу проблемного поведения детей и имеющими указания в анамнезе на развод или смерть одного из родителей.

В период 2009–2014 гг. проконсультировали 386 семей с детьми 3–19 лет, из которых 24 % (92 случая) состояли в повторном браке. Из исследо-

вания исключили неполные семьи, возникшие в результате рождения внебрачного ребенка или усыновления, так как в этих случаях неполная семья не являлась доминирующей темой в психотерапии.

Результаты и их анализ

Обобщение собственного опыта и анализ научных публикаций позволил выделить ряд важных теоретических оснований, прикладных задач и практических приемов, которые могут быть использованы непосредственно в консультировании неполной семьи.

Особенности неполной семьи

А) Жизненный цикл неполной семьи. Каждая семья проходит в своем развитии определенные этапы развития. При переходе от одной стадии к другой семьи переживают «нормативный» кризис [1]. В неполной семье существуют дополнительные факторы, оказывающие влияние на семейные процессы. Так, в случае смерти одного из родителей, семья переживает травму потери. Таким образом, неполные семьи проходят одновременно два процесса: в соответствии с возрастом членов семьи и с этапом развития развода и/или повторного брака.

Б) Фазы развития, задачи в период развода и в повторном браке:

1) сепарация/развод: а) принятие факта развода; б) признание чувств унижения, вины и гнева; в) позволение горевать о разрушенном браке; г) приспособление к реакции на развод со стороны членов расширенной семьи; д) преодоление последствий утраты;

2) неполная семья: а) реорганизация семьи для ухода за ребенком; б) приобретение чувства собственного достоинства и независимости; в) создание новых систем социальной поддержки;

3) ухаживание: а) появление желания новых близких отношений; б) разотождествление новых отношений от прошлого опыта;

4) повторный брак: а) освобождение от мифов о повторном браке; б) подготовка к новым ролям, установление новых правил, формирование новых альянсов; в) объединение систем и создание новой семьи.

Психотерапевту важно понимать, на какой стадии развития находится неполная семья. Время переживания развода не является объективным указанием, что развод завершился и семья разрешила задачи этапа сепарации.

Случай 1. Анастасия, 13 лет. В Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (ранее – Детская психиатрическая больница № 6

Москвы) обратилась мама в связи с проблемами поведения у дочери (конфликты, прогулы школы, ухудшение успеваемости, не ночует дома).

Когда девочке было 7 лет, отец ушел из семьи. Анастасия сильно переживала, часто обвиняла мать: «Ты во всем виновата! Все из-за тебя!». Старалась помирить родителей. Проверяла паспорт родителей – есть ли печать о расторжении брака? Когда девочке было 11 лет, в жизни матери появился мужчина. Девочка негативно отнеслась к его приходу, отношения с матерью ухудшились. По требованию девочки, мать прекратила контакт с мужчиной, однако ссоры продолжались. В 12,5 лет девочка обнаружила в паспорте матери штамп о разводе. (Гражданская жена отца была беременна, и необходимо было узаконить отношения.) Анастасия ушла из дома. Родители нашли ее на следующий день у подруги. Отношения с матерью ухудшались, девочка стала регулярно прогуливать школу, после ссор уходила к отцу или подругам. В беседе с психотерапевтом выяснилось, что, несмотря на официальное оформление развода, отец вовлечен в проблемы дочери больше, чем раньше. Он следит, чтобы дочь не прогуливала уроки, забирает из школы. Если после конфликта дочь уходит из дома, то они вместе с матерью ее ищут. То есть девочка смогла добиться объединения родителей. Можно предположить, что стадия сепарации с приспособлением к новому этапу жизни у девочки за семь лет не пройдена. Несмотря на видимые проблемы в поведении, девочка получает «вторичную выгоду» – интенсивное включение отца в свою жизнь.

В) Тайны и мифы неполной семьи. К ним отнесем: 1) события и обстоятельства, которые члены семьи стремятся сохранить как тайну; 2) фантазии, установки и верования, которые не признаются открыто.

К тайнам первого рода часто относятся обстоятельства, связанные с зачатием и рождением ребенка, отцовством. Хотя такая информация не разглашается, нередко дети «улавливают» ее и реагируют в той или иной форме (например, мать утаивает от ребенка, что отец – наркоман, а ребенок, ничего не зная, «идет по стопам отца»). Обращение с тайной иногда выглядит курьезно.

Случай 2. Василий, 5 лет. На консультации мама с ребенком. Пока ребенок рисует рядом на маленьком столике, мама, понизив голос, спрашивает специалиста, нужно ли говорить ребенку, что у отца сейчас новая семья и в том семействе – прибавление?

Работать с тайнами второго рода сложнее, так как они не признаются открыто, а в ряде случаев – плохо осознаваемы. Установки и верования могут разделяться одним или всеми членами семьи, например, «от мужчин – одни непри-

ятности» (распространен в семьях, где два (или больше) поколения женщин в одиночку воспитывают детей).

Основные задачи и практические приемы психотерапии неполной семьи

А. Оценка структурных параметров и фазы развития неполной семьи. На этапе сепарации важно, чтобы представление о ядерной семье у всех членов семьи стало схожим. Часто можно наблюдать, что члены семьи не могут определиться, кто же в данный момент входит в ее состав. Поэтому уточнение состава семьи последовательно у всех участников психотерапии – необходимый элемент работы. Хороший прием, позволяющий уточнить состав и внешние границы семьи, – рисунок: просто «рисунок семьи» для семей с маленькими детьми, «рисунок семьи в символах» для детей среднего возраста и социограмма (по Э.Г. Эйдемиллеру) для подростков. Рисуют семью как ребенок, так и взрослый. Затем происходит сравнение рисунков и следует рассказ о семье. Лучше, если рассказ о членах семьи начинает ребенок, так как в этом случае меньше вероятность, что будет дублирован рассказ родителей.

Случай 3. Маша, 9 лет. К специалисту обратилась мама с жалобами на не самостоятельность дочери, особенно в связи с ее неспособностью делать уроки. Девочка всегда делала уроки не сама, дожидаясь маму с работы. Нагрузка с каждым месяцем возрастала, совместное приготовление уроков занимало все больше времени, приходилось позже ложиться спать, и на следующий день все повторялось вновь: требовалось мамино присутствие. Психолог предложил нарисовать семью в виде символов. Мама быстро изобразила на листе три ромашки. Девочка, посмотрев на рисунок матери, также нарисовала три ромашки. Их рисунки были похожи, однако девочка подписала цветы: «Я», «Мама» и «Папа». Мама же на своем рисунке представила себя, свою маму и дочь. Таким образом, у каждой из них был свой образ семьи. Возникшая системная гипотеза и понимание метафорического смысла симптома базировались на предположении, что дочь «занимала» по вечерам маму, не позволяя ей отвлекаться на личную жизнь, ведь при таком распорядке присутствие другого мужчины становилось невозможным. Девочка словно «берегла» место для своего родного отца.

В случае развода дети обычно долго продолжают включать отца в семью, а матери «забывают» о нем. В случае смерти отца матери гораздо чаще, чем дети, включают умершего мужа в состав семьи.

Б) Этап эмоционального завершения развода. Специалист исследует произошедшие за структурными изменениями, такими как состав семьи

(изменения первого порядка), изменения второго порядка – перестройку отношений (необходимый элемент эффективной психотерапии).

Случай 4. Григорий, 5 лет. На приеме бывшие супруги со своим сыном. Фактически развод произошел полгода назад, однако родители еще состоят в церковном браке. Мама ребенка надеется, что «духовная связь еще даст о себе знать» и муж вернется. За полгода у мальчика появились такие по интенсивности ночные страхи, что мать одна не может справиться с его состоянием и ей приходится просить приехать бывшего мужа. Таким образом, изменения отношений в семье не произошло, и ребенок, чувствуя состояние матери, демонстрирует такое симптоматическое поведение, которое вынуждает отца возвращаться на ночь в бывшую семью. В этом случае работа только со страхами ребенка малопродуктивна, так как страхи носят системный характер и отражают групповую тему семьи [6].

На этом этапе работа происходит с двумя «мишенями»: завершение супружеских отношений индивидуально или с парой бывших супругов, то есть без ребенка, и «отреагирование» чувств ребенка по поводу развода.

По данным литературы [6], до 50 % детей испытывают чувство вины по поводу развода родителей, хотя внутренние переживания не всегда проявляются в поведении или симптоматике. Даже если развод произошел несколько лет назад и к специалисту обратились по другому поводу, необходимо проверить, насколько ребенком пережит развод, и «доделывать» работу по гореванию.

Случай 5. Василиса, 19 лет. Причина обращения – сложности при общении с молодыми людьми. Воспитывалась мамой. Развод родителей произошел, когда Василисе не было одного года. Разговоры с матерью об отце невозможны, потому что мать каждый раз начинает плакать, когда о нем заходит речь. Василиса предпочитает беречь свою стареющую мать, до сих пор думая, что «если бы она была более спокойным ребенком, то родители жили бы вместе».

Негативные чувства значимого взрослого человека волнуют ребенка, зависящего от этого взрослого, поэтому переживание горя у ребенка проявляется в проблемном поведении, регрессии или психосоматических расстройствах как непосредственно после развода, так и отсроченно. Кроме того, проблемы ребенка позволяют матери переключиться со своих собственных болезненных чувств на заботу о ребенке.

В) Поиск «хорошего места» для отца/матери в новой семейной системе. В силу ряда обстоятельств (например, агрессивность отца, пренебрежение нуждами ребенка, алкоголизация матери и т. п.) этот этап работы не всегда проходит успешно, являясь при этом необходимым элементом психотерапии. С помощью игровых техник при невозможности общения ре-

бенка с отцом/матерью можно «создавать» отсутствующую фигуру (например, из пластилина), инициировать игры с привлечением различных мужских/женских образов. Большое значение имеют домашние задания, содержанием которых может стать, например, формирование меню с включением любимых блюд матери, создание фотоальбома отцовской ветви рода или генограммы. Важно при дальнейшей работе с неполной семьей, чтобы ребенок не попал в конфликт лояльности к родителям.

Г) Формирование системы дополнительной поддержки и определение функций третьего поколения. Система поддержки может включать членов расширенной семьи (дедушек и бабушек), членов сообщества (школа, центр социального обслуживания, церковь), друга (подругу), а также бывшего супруга. В дисфункциональных семьях эту функцию может выполнять старший ребенок.

В неполных семьях потребность единственного родителя в помощи при воспитании детей сочетается с напряжением вследствие необходимости делить родительские функции с временными членами родительской подсистемы, что нередко служит источником проблем. Одной из наиболее часто встречающихся проблем является вовлечение лиц старшего поколения.

Классическая ситуация – «коалиция через поколение» – создается бабушкой и проблемным ребенком.

Случай 6. Оля, 14 лет. Мать и дочь живут отдельно от бабушки. Мама не разрешает девочке гулять после 22.00. Однако девочка договорилась с мамой, что в пятницу и субботу она будет оставаться ночевать у бабушки, чтобы той не было скучно. В эти дни у бабушки и внучки была тайна от мамы: девочка могла оставаться на улице, сколько хотела. Обострение отношений матери и дочери привело их на прием к специалисту.

Описанная последовательность иллюстрирует еще одну частую проблему таких семей (ребенок, мать, бабушка) – запутанную иерархию.

Неопределенность в отношениях бабушки и матери «включает» типичную циркулярную последовательность: ребенок плохо себя ведет или демонстрирует проблемы – бабушка обвиняет мать в неправильном воспитании ребенка – мать отступает, позволяя бабушке отвечать за ребенка – бабушка заботится о ребенке/внуке – ребенок еще хуже себя ведет или вновь демонстрирует проблемы – бабушка недовольна тем, что отвечает за поведение внука, т. к. «вырастила своих детей и теперь мать должна думать о своем ребенке» – мать включается в воспитание и пытается исправить поведение ребенка – бабушка комментирует действия матери и упрекает в неправильном воспитании. И цикл продолжается вновь с разной интенсивностью проблем у ребенка и напряжения между мамой и бабушкой.

Мать оказывается в ситуации парадокса: она должна заботиться о ребенке и взять руководство в свои руки, при этом бабушка отстраняет ее, сигнализируя, что у нее не получается воспитание. Поступая так, бабушка помогает дочери остаться ребенком и ощущать заботу своей матери. Процесс дифференцирования воспринимался бы обеими как угроза их близости.

В описанном далее случае отмечается еще одна проблема такого типа семей – запутанная ролевая структура.

Мама – работает, она – функциональный отец и кормилец семьи; бабушка – на пенсии, является функциональной мамой – домохозяйкой, воспитывающей их «общего» ребенка.

Случай 7. Ксения, 13 лет. На консультации мама, бабушка и девочка. Мама и бабушка – педагоги, «обучили не одно поколение», однако не могут заставить учиться Ксению. Дома с ребенком занимается бабушка, которая, несмотря на педагогический опыт, не справляется с внучкой. Последний раз девочка после очередного «приготовления уроков» ударила бабушку и убежала из дома. При обсуждении выяснилось, что уже больше года бабушка к концу каждой недели отказывается заниматься с внучкой. В выходные мама сама следит за выполнением уроков и часто ругается с непослушной дочерью. Взрослые стараются не выяснять отношения в присутствии Ксении. Но в воскресные дни бабушка отчитывает свою дочь, что она слишком строга и «непедагогична со своей дочерью». В понедельник все повторится вновь, и бабушка начинает «исправлять ситуацию».

За таким поведением девочки и взрослых в большинстве случаев стоят смыслы, которые в системном подходе обозначаются как «вторичная польза»: бабушка чувствует свою включенность в семью; мама может объяснить свою несостоятельность как женщины; «из-за девочки» семья не разъезжается, хотя есть еще одна квартира. Более того, у бабушки со своей дочерью тоже не простые отношения (бабушка до сих пор постоянно учит и контролирует свою дочь), что вызывает раздражение, которое «воспитанные люди» умеют не показывать, но, «благодаря» девочке, это раздражение находит выход.

Запутанная ролевая структура усложняет проблему иерархии в семье (и бабушка, и мать претендуют на главенствующее положение), так как у бабушки – власть исполнительная, а мать – материально заботится о семье.

Если между мамой и бабушкой ведется война, то ребенок может оказаться в положении выбора или в силу своей лояльности обеим сторонам находить позицию, позволяющую выйти из этого конфликта.

Случай 8. Нина, 8 лет. На приеме мама с дочкой. У девочки боли в желудке, всестороннее обследование не дало результатов. Боли начались перед шко-

лой, и врач-психиатр предположил школьную фобию (впоследствии эта тема также была предметом занятий с психотерапевтом). Обращало на себя внимание, что начало школьной жизни внесло разногласия в семью. Бабушка-свекровь, активно участвующая в воспитании девочки, была категорически против, чтобы девочка училась в гимназии, она прежде всего заботилась о здоровье, а все остальное считала не важным. Такие установки бабушки были психологически понятны, так как ее сын – отец девочки – умер из-за проблем с сердцем в 30 лет. Мама была ориентирована на карьеру и знания, много занималась с девочкой и считала, что она может хорошо справляться с повышенными нагрузками. Девочка, с одной стороны, успешно училась и отказывалась переходить в другую школу, как бы поддерживая маму. И при этом все время давала «сигналы» бабушке – боли – «ты тоже права».

Д) Регулирование эмоциональной дистанции и уменьшение напряжения в диаде «воспитывающий родитель – ребенок». В неполной семье, особенно проживающей отдельно от прародительской семьи, существуют сложности регулирования эмоциональной дистанции, которая сопровождается вытесненными чувствами как любви, так и злости. Согласно концепции М. Боуэна [цит. по 1], эмоциональная дистанция в семье регулируется путем вовлечения третьего в отношения двоих (теория триангуляции). Неполные семьи чаще полных обращаются в социальные институты и к специалистам, которые могут рассматриваться как третий объект. В практике это требует от психотерапевта сохранения позиции нейтральности (в системном смысле этого слова).

Е) Восстановление родителей (бывших супругов) в родительских функциональных ролях. Сквозной линией через разные этапы психотерапии проходит идея разделения супружеских (бывших супружеских) и родительских ролей, т. к. у пары есть общий ребенок/дети. Есть матери/отцы, которые сравнительно быстро соглашаются с этим разделением, есть те, для которых это длинный путь поиска «хорошего места» для второй половины (см. п. 3). Этап требует от специалиста нейтральности, так как организация контакта между родителями (бывшими супругами) сопряжена с увеличением тревоги у сторон и, следовательно, с ростом сопротивления в психотерапии. Полезным является набор структурированных заданий, целью которых является построение постоянного диалога и отношений сотрудничества между родителями независимо от характеристик поведения ребенка. Примером является задание «Родительские субботы» – встречи родителей на нейтральной полосе с определенной частотой (например 2 раза/мес) для обсуждения произошедшего за это время с ребенком и совме-

стного планирования следующего периода. Важно, чтобы ребенок знал о встречах и не считал, что они связаны с его болезнями и плохим поведением.

Ж) Конструирование для ребенка возможности выстраивать взаимоотношения с другим родителем. Большое значение для решения описываемой задачи имеет мнение ближайшего окружения о причинах неполной семьи, которое транслируется ребенку. Право ребенка на контакт с отцом/матерью, который(ая) проживает отдельно, обеспечивается не только работой с установками воспитывающего родителя и ближайшего окружения непосредственно на занятиях, но и формированием домашних заданий и предписаний. Например, в домашние задания для семьи ребенок–мать включается общение с прародителями (бабушки–дедушки) по линии отца. При возможности общения ребенка с родным отцом/матерью специалист поддерживает эти контакты, продумывает мероприятия, облегчающие ребенку переход от одной семьи к другой.

Случай 9. Иван, 6 лет. Мать обратилась за советом к психологу – нужно ли отдавать ребенка отцу, если каждый раз, возвращаясь в дом к маме от отца, мальчик скандалит и на следующий день – «как будто заведенный»? Родители развелись 3,5 года назад. В дальнейшей работе психолог помогал родителям разрабатывать ритуал передачи ребенка и согласовывать правила, дающие ребенку наглядные ориентиры пребывания в той или иной семье.

З) Коммуникативный тренинг – улучшение количественных и (или) качественных характеристик общения родителей. Родителям (бывшим супругам) предлагается договориться о зонах совместной и разделенной ответственности за ребенка. Для этого паре необходимо выделить сферы воспитания (образование, здоровье, контакты с родственниками, общение со сверстниками, деньги, питание и т. д.) и принять совместное решение о степени контроля и доверия в каждой из областей. Эта работа необходима в любых семьях, так как неконгруэнтность общения без независимых третьих лиц способствует эмоциональному напряжению.

Заключение

Большинство семейных психотерапевтов/психологов сталкиваются в практике с разводом, неполной семьей и повторным браком. Выделенные принципы, задачи, этапы и методы, естественно, не являются единственно возможными в психологическом консультировании неполной семьи. Однако их применение в качестве ориентира поможет практикующим специалистам и, в первую очередь, начинающим семейным консультантам

быть сфокусированными на ключевых темах, оставаться нейтральными и эффективно сотрудничать с семьей.

Литература

1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. – СПб.[и др.] : Питер, 2001. – 352 с.
2. Дружинин В.Н. Психология семьи. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 176 с.
3. Елфимова Е. Жизнь после развода. Живу, дышу, люблю. – М. : Эксмо, 2012. – 352 с.
4. Системная семейная терапия. Классика и современность : сб. / сост. А.В. Черников. – М. : Класс, 2005. – 400 с.
5. Черепанова Е.М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. – М. : Академия, 1996. – 96 с.
6. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. – М. : Класс, 2001. – 208 с.
7. Фигдор Г. Беды развода и пути их преодоления: в помощь родителям и консультантам по вопросам воспитания : (пер. с нем.). – М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2006. – 372 с.
8. Фигдор Г. Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой (психоаналитическое исследование). – М. : Наука, 1995. – 376 с.
9. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей. – М. : Владос-Пресс, 2004. – 272 с.

Bebchuk M.A., Rihmaer E.A. Teoreticheskie osnovaniya i prakticheskie pri-jomu psikhoterapii nepolnoi sem'i [Theoretical basis and practical methods of psycho-therapy of single-parent families]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychother-apy]. 2015. N 56. P. 7–18.

Pirogov Russian National Research Medical University
(Russia, Moscow, Ostrovitianov Str. 1);
Institute of Integrative Family Therapy
(Russia, Moscow, Symferopolskiy proezd, 1)

Bebchuk Marina Alexandrovna – PhD Med. Sci. Associate Prof., Department of Consulting Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University (Russia, 117997, Moscow, Ostrovitianov Str., 1); e-mail: familyland@yandex.ru;

Rihmaer Elena Anatolyevna – PhD Psychol. Sci., Psychologist, Institute of In-tegrative Family Therapy (Russia, 117638, Moscow, Symferopolskiy proezd, 1); e-mail: familyland@yandex.ru.

Abstract. The analysis of the theoretical data and generalization of psychothera-peutic experience gained under the supervision of 386 families to ask for help on be-havior problems of children 3–19 years old and have specified history of divorce or death of a parent is presented. We described the life cycle of an incomplete family and

particularly the phase of its development, the mysteries and myths, regulation of emotional distance and structural parameters of the family system (unbalanced hierarchy, a coalition over the generation, violations in the roles structure). Particular attention is paid to the tasks and stages of psychotherapy for incomplete family: the evaluation of the structural parameters and phases of single-parent families; emotional stage of divorce completion; finding an "appropriate place" for a father/mother in a new family system; formation of a system of additional support and definition of the functions of the third generation; regulation of emotional distance and reduce tension in the dyad "educative parent – child"; recovery of the parents (former spouses) in their parents' functional roles; communication training aimed at improving the quantity and (or) qualitative characteristics of the parent communication. The article contains concrete and practical methods, guidelines for specialists and examples of exercises. Key conclusions and messages are supported by 9 case studies described.

Keywords: clinical (medical) psychology, single-parent family, children, divorce, parental couple, therapy, steps, practical techniques.

References

1. Braun Dzh., Kristensen D. Teoriya i praktika semeinoi psikhoterapii [Theory and practice of family psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2001. 352 p. (In Russ.)
2. Druzhinin V.N. Psikhologiya sem'i [Family Psychology]. Sankt-Peterburg. 2006. 176 p. (In Russ.)
3. Elfimova E. Zhizn' posle razvoda: zhivu, dyshu, lyublyu [Life after divorce: I live, breathe, love]. Moskva. 2012. 352 p. (In Russ.)
4. Sistemnaya semeinaya terapiya: klassika i sovremennost' [Systemic family therapy: classic and modernity]. Ed. A.V. Chernikov. Moskva. 2005. 400 p. (In Russ.)
5. Cherepanova E.M. Psikhologicheskii stress: pomogi sebe i rebenku [Psychological stress: help yourself and your child]. Moskva. 1996. 96 p. (In Russ.)
6. Chernikov A.V. Sistemnaya semeinaya terapiya: integrativnaya model' diagnostiki [Systemic family therapy: an integrative model of diagnostics]. Moskva. 2001. 208 p. (In Russ.)
7. Figdor G. Bedu razvoda i puti ikh preodoleniya: v pomoshch' roditelyam i konsul'tantam po voprosam vospitaniya [Troubles of divorce and ways to overcome: to help parents and consultants on education issues]. Moskva. 2006. 372 p. (In Russ.)
8. Figdor G. Deti razvedennykh roditel'ei: mezhdu travmoi i nadezhdoi (psikhoanaliticheskoe issledovanie) [Children of divorced parents: between trauma and hope (psychoanalytic study)]. Moskva. 1995. 376 p. (In Russ.)
9. Tseluiko V.M. Psikhologiya neblagopoluchnoi sem'i: kniga dlya pedagogov i roditel'ei [Psychology of dysfunctional family: a book for pedagogs and parents]. Moskva. 2004. 272 p. (In Russ.)

ЗАМЕТКИ ОБ ОПЫТЕ ВЕДЕНИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132)

Представлен опыт ведения психодинамической группы (в рамках группаналитического подхода), состоящей в основном из больных шизофренией, продолжавшегося 4 года. Излагаются проявления механизмов самоорганизации, имевшиеся в группе. Показано постепенное развитие группы от фазы глубокой нестабильности и дезинтегрированности, через кризисные этапы, к качественно новому, условно названному автором «невротическим», этапу функционирования с уменьшением работы в группе «психотических» защитных механизмов, в частности расщепления, и сдвигом от диадной к треугольной структуре отношений в группе. Описывается, как параллельно прогрессу в развитии группы происходил индивидуальный прогресс ее участников.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психотерапия, психодинамическая групповая терапия, шизофрения, прогрессивная эмоциональная коммуникация.

Введение

Шизофрения остается главным вызовом для психиатрии со времени возникновения ее как науки. Несмотря на появление нового поколения нейролептиков, социализация больных шизофренией остается непростой задачей для специалистов, занимающихся ее лечением. Очевидно, что только фармакологического лечения для решения этой задачи недостаточно.

В вышедшем в 2001 г. сборнике статей [6] американских авторов, в одной из статей, посвященной урокам, которые можно извлечь из практики лечения шизофрении за предыдущие десятилетия, в частности, подчеркиваются два вывода:

1) в ряде исследований показано преимущество в отношении результатов лечения больных шизофренией сочетания фармакотерапии и психотерапии над только фармакологическим лечением;

2) была продемонстрирована при сравнительном исследовании эффективности индивидуальной и групповой терапии и подтверждена мне-

Чистяков Максим Сергеевич – врач-психотерапевт амбулаторного отделения и дневного стационара № 1 С.-Петерб. гор. психоневролог. диспансера № 7 (Россия, 198020, Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50); тренинговый аналитик и супервизор ЕССР; e-mail: m_chistyakov@inbox.ru.

нием May (1968), O'Brien (1972), Luborsky (1975), Simpson (1980) большая эффективность групповой терапии (особенно в амбулаторных условиях) в лечении этих больных.

После 2002 г. в зарубежной, особенно англоязычной, литературе основная часть публикаций по поводу групповой психотерапии с большими шизофренией касается когнитивно-бихевиоральной терапии. Возможно, это связано с опубликованными авторитетной организацией Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) в 2002 г. рекомендациями, где «психодинамическая терапия для больных шизофренией не рекомендуется из-за опасности выраженной регрессии».

В нашей стране до конца 1990-х – начала 2000-х годов то небольшое количество публикаций, касающихся групповой терапии больных шизофренией, которое имелося, за редким исключением [1, 2] касалось групп тренинга социальных навыков или арт-терапевтических групп [4, 5]. Среди отечественных специалистов часто встречалось (хотя оно встречается и сейчас) мнение, что психодинамическая групповая психотерапия больным шизофренией не показана (и даже противопоказана). Однако в последние 15 лет среди специалистов растет интерес к возможностям этого вида групповой терапии в лечении психически больных, увеличивается количество публикаций на эту тему [6, 7] .

В статье представляются особенности и динамика психотерапевтической группы, которую автор вел вдвоем с коллегой, психологом, в дневном стационаре психоневрологического диспансера в рамках группаналитического подхода. Ведение этой группы было в какой-то степени исследовательским проектом: представлялась возможность изучить, насколько возможна малоструктурированная (без введения с самого начала определенных групповых правил) психодинамическая группа для отобранного контингента пациентов, будут ли работать процессы самоорганизации в такой группе, насколько сами эти пациенты будут способны участвовать в построении правил, по которым группа функционирует. Также интересовало, до какой степени возможно улучшение у пациентов, длительно посещавших группу. Будет ли касаться возможное улучшение только их социального функционирования, или возможно влияние и на шизофреническую дефицитарную симптоматику? Возможно ли влияние на шизофреническую дефицитарную симптоматику? Как будет соотноситься групповая динамика с прогрессом у отдельных членов группы? Чем отличается функционирование психодинамической группы с невротическими пациентами от функционирования группы с пациентами шизофренией?

Состав группы, сеттинг и методы работы

Психотерапевтическая группа состояла из больных с шизофренией (n = 9) приступообразно-прогредиентной, шизоаффективной, вялотекущей, простой формой (F20.01, F20.8, F25, F21, F20.6 по МКБ-10). Через какое-то время к работе в психотерапевтической группе присоединились две женщины с психопатизацией личности на фоне резидуально-органического поражения головного мозга (F07.8 по МКБ-10). По нашему мнению, у двух последних женщин первичным и определяющим клиническую картину заболевания являлось истероидное расстройство личности, а резидуально-органическое поражение головного мозга являлось лишь фоном.

Большинство участников были в возрасте 24–31 года, а три пациентки – в возрастном диапазоне 42–48 лет. К моменту образования психотерапевтической группы все пациенты (за исключением одной женщины) имели II группу инвалидности в связи с психиатрическим заболеванием. У пациентов наблюдались умеренно выраженные изменения личности (у троих – выраженные), обусловленные основным заболеванием,

Когда начиналась работа психотерапевтической группы, ее участники имели длительность заболевания от 5 до 10 лет (только одна пациентка – 25 лет), все пациенты не работали в течение последних 5–10 лет. У всех участников в анамнезе были госпитализации в психиатрический стационар (у двух – в связи с тяжелыми суицидными попытками, трое – госпитализировались регулярно).

Из 11 человек психотерапевтической группы только одна женщина имела семью, мужа и ребенка, еще двое – постоянных партнеров, однако у всех них отношения с партнерами были проблемными. Остальные участники в браке не состояли и партнеров не имели. К моменту завершения группы три участника стали работать, у участников значительно улучшились отношения с членами семьи и партнерами, у еще одной участницы появились отношения с постоянным партнером, еще один участник женился. В дальнейшие годы еще у двоих появились семьи и они стали устойчиво работать. При этом только одна участница сняла группу инвалидности, у всех остальных инвалидность осталась.

После завершения работы психотерапевтической группы только двое из всех участников госпитализировались в психиатрический стационар (один – посещал группу только 7 мес), но частота и длительность госпитализаций у них заметно уменьшились. У всех больных количество получаемых лекарств и их дозировки заметно снизились. У пациентов психотерапевтической группы улучшилось взаимодействие с лечащими их психиат-

рами, уменьшился негативизм и повысилась комплаентность. Например, даже участник, у которого изменения были, пожалуй, наименьшими, стал более открытым в контакте с лечащим психиатром и стал рассказывать о присутствующих у него почти постоянно слуховых псевдогаллюцинациях, наличие которых он в течение многих лет скрывал от врачей, несмотря на неоднократные госпитализации. Это помогло подобрать ему более адекватное лечение.

Все больные попали в психотерапевтическую группу, когда находились на лечении в дневном стационаре, но продолжали ее посещать и после выписки. Длительность работы психотерапевтической группы составила 4 года, группа собиралась 2 раза в неделю, каждая сессия длилась 1,5 ч. Значительная часть участников группы посещала ее 3 года и больше.

В психотерапевтической работе в основном опирались на подход и техники Нью-Йоркского центра групповых исследований (CAGS) [3, 13]. Использование этих техник было особенно ценно в начале группы, в кризисные моменты в развитии группы, когда кто-то из участников группы все время молчал (особенно, когда он или они находились при этом в состоянии сильного напряжения или растерянности), когда участники группы часто использовали отреагирование переживаний.

Также использовали подходы английских коллег из Лондонского института группанализа (LIGA) [9], уделяя внимание общей динамической структуре, складывающейся в группе, делая интервенции, направленные на группу как целое (особенно, когда в поведении участников группы присутствовал общий паттерн или когда участники достаточно говорили, взаимодействовали друг с другом, но поднимаемые ими темы не были очевидно связаны для них одна с другой).

Формирование правил группы. Как уже было упомянуто ранее, начиная работу психотерапевтической группы, правила для ее участников не вводили. Участникам просто предлагалось говорить о своих переживаниях, о том, о чем им хочется, о том, что для них важно. В процессе развития группа постепенно сталкивалась с необходимостью какой-то регламентации групповой жизни.

Первоначально в группе было много отреагирования переживаний. Члены группы выходили из комнаты в середине групповой сессии, опаздывали, пропускали занятия группы, могли встать с места, когда группа работала, могли притрагиваться друг к другу. В процессе развития группы ее участники все чаще сталкивались с тем (и на этом фокусировали их внимание психотерапевты), что пропуски занятий, опоздания, выходы из

комнаты во время работы группы нарушают ход групповой дискуссии, мешают развитию важных тем и развитию диалога между отдельными членами группы. В группе стало высказываться недовольство по поводу опозданий, выходов из групповой комнаты во время групповой сессии. Тогда самими участниками было предложено принять договоренность не опаздывать на группу, не выходить из групповой комнаты во время работы группы, не пропускать занятия.

Потом было обращено внимание группы на то, что выходы из комнаты во время работы группы, как и другие виды отреагирования (например, вставание с мест, прикосновения участников друг к другу), происходят в особые, напряженные для группы и участников моменты, проявляющие такое поведение. Было сфокусировано внимание этих участников, а также других членов группы на чувствах, вызывающих отреагирующее поведение у тех или иных участников группы, на чувствах, переживаемых этими участниками, если они останавливают отреагирующее поведение.

Участники группы столкнулись с тем, что чувства, выявленные при этом, часто разделялись несколькими, если не многими, членами группы, отражали важные групповые процессы, позволяли другим высказать аналогичные чувства, нередко это бывало поворотным моментом в течение групповой сессии, позволяя группе выйти из тупика.

В высказываниях членов группы постепенно стало отражаться некоторое понимание важности таких всплывающих чувств для группы, которые могли бы быть потеряны для группы в отреагирующем поведении. Участники группы стали высказывать недовольство, когда кто-нибудь явно проявлял отреагирование, и в то же время стали периодически по собственной инициативе фокусироваться на чувствах, вызывающих у этого человека такое поведение (задавая ему вопросы, касающиеся его чувств, делая соответствующие предположения). Тогда была принята договоренность – выражать чувства словами.

В какой-то момент участниками группы было высказано недовольство, что обсуждаются абстрактные вещи и ничего не говорится о чувствах, которые присутствуют в группе между участниками. Было предложено принять договоренность в группе говорить о чувствах, возникающих здесь-и-сейчас у членов группы по отношению друг к другу.

Через некоторое время в группе возникла ситуация, когда один из членов группы высказал раздражение, обиду по отношению к другой участнице и затем, несмотря на неоднократные просьбы этой участницы и даже на ее слезы, не объяснил, почему у него возникли эти чувства. Его по-

ведение, то, что он упорно отказывался объяснить этой женщине причину возникновения этих чувств по отношению к ней, вызвало негодование у нескольких членов группы, что и было ими высказано в группе. Тогда было предложено договориться о том, что участники группы будут не только говорить о своих чувствах по отношению друг к другу, но и рассказывать, почему они испытывают эти чувства к определенному члену группы.

По такому сценарию в нашей группе постепенно были приняты все правила (использовали не слово «правило», а слово «договоренность»), которые используют при проведении групп специалисты центра CAGS. Мы не акцентировали введение каких-либо правил в группе до тех пор, пока в высказываниях членов группы не начинала звучать потребность (желательно, эмоционально окрашенная) в недопущении возникновения определенной ситуации в группе и в принятии для этого определенного правила. Самым удивительным для нас было то, что в конце концов в определенный момент участники группы стали высказывать недовольство, что члены группы (в том числе, они сами) активно общаются между собой за пределами группы, и после этого самими участниками было предложено принять договоренность не общаться между собой за пределами группы (это было уже на второй год существования группы).

Особенности прохождения группой кризисных точек в своем развитии. В динамике группы прослеживалось повторение определенных фаз, но на каждом этапе группа проходила эти фазы с возрастающим качеством Эго-функционирования.

Периодически в группе нарастало напряжение, накапливалась агрессия. Когда наступал пик этого напряжения, на групповые сессии приходило очень мало участников, многие под различными благовидными предлогами на группу не приходили. Так, ведение 2–3 групп проходило в уменьшенном составе. Иногда на группу являлись 3–4 человека, а однажды – 2 человека. При этом люди, приходившие на группу, достаточно активно контактировали с отсутствовавшими членами группы лично и по телефону, поскольку мы не акцентировали на первых этапах введение запрета на общение вне группы.

Эти группы в уменьшенном составе часто проходили достаточно драматично, в группе преодолевались определенные сопротивления, выражались накопившиеся в ней чувства. Напряжение при этом снижалось. После этого в группу возвращались остальные члены группы.

Те члены группы (каждый раз не одни и те же), которые участвовали в таких, уменьшенных по количественному составу, группах, выполняли

для группы очень важную функцию. Они конструктивно разрешали то напряжение, которое накопилось в группе, создавали ту основу, на которой группа каждый раз продвигалась чуть дальше в своем развитии.

Каждый раз после того, как группа собиралась вновь в полном составе, когда отсутствовавшие возвращались, это уже была немного другая группа. Проходя через такой кризис, группа или договаривалась об очередной групповой норме, которая качественно улучшала групповое функционирование, либо принимала какие-то переживания, позицию, которые вызревали в группе во многих ее членах, но отвергались ими либо проецировались на меньшинство, а то и на одного члена группы.

Особенности прохождения отдельных фаз в динамике развития группы. На разных этапах развития группа по-разному проходила пик очередного роста напряжения, агрессии в группе.

На первых этапах это было активное продуцирование членами группы фантазий преэдипального характера, в основном носящих выраженную садо-мазохистскую окраску, в частности: ножи, протыкающие тело; копыя, стрелы, вонзающиеся в него; выдавливание глаз; лужи крови; куски человеческого мяса с червями; утопление в болоте, засасывание в него; лужи с червями. При этом возникновение этих фантазий плохо увязывалось с контекстом группы, с теми чувствами, которые возникали в ней.

В дальнейшем на пике накопления напряжения, агрессии в группе на первый план выдвинулся вопрос власти–подчинения, зависимости–абсолютного доминирующего контроля. Опять же при этом отмечалась отчетливая садо-мазохистская окраска переживаний, большая напряженность переживаний. Но теперь уже поднимаемые вопросы и переживания увязывались с контекстом группы, в группе участниками больше высказывались чувства по отношению друг к другу. В группе появились признаки борьбы за лидерство, что отмечалось самими участниками группы. Однако на том этапе отмечалась очень заметная тенденция у разных членов группы, наряду с отчетливым стремлением к лидерству, не быть обозначенным, названным в качестве лидера группой. Это, по-видимому, может быть объяснено тем, что из-за присутствовавшей тогда достаточно выраженной садо-мазохистской окраски переживаний в группе сознательное принятие членом группы роли лидера означало бы для него принятие своих садо-мазохистских фантазий, садистских тенденций по отношению к группе, ее членам, и, возможно, было связано также со страхом стать объектом садистских тенденций со стороны группы, ее членов (за счет проекции своих собственных аналогичных тенденций).

В дальнейшем, в период очередного пика возросшего напряжения, тревоги, агрессии, в группе стало даваться много советов друг другу, оформилась тема отчаяния, беспомощности, отстранения от этих чувств с раздражением или сопереживания им.

В связи с этим периодом групповой жизни у ведущего возникала ассоциация в виде образа матери и ребенка в симбиотической фазе развития (симбиотическая фаза по М. Малер). При этом в этой ассоциативной фантазии ведущего матери не удается приспособиться к нуждам ребенка, она не очень хорошо их чувствует, не знает, как подойти к ребенку, временами чувствует растерянность, временами – раздражение, временами – желание отстраниться, пытается спрятаться за теориями ухода за ребенком. Ребенок при этом не чувствует себя в безопасности, испытывает всепоглощающее ощущение неблагополучия, беспомощности.

Многое в том, что тогда происходило в группе, подпитывает эту фантазию автора. Даже тот интересный факт, что, когда напряжение в группе выросло до максимальной величины, на группу пришли только два человека (чего не было ни до, ни после в истории группы), кстати, именно те лица, в отношениях между которыми в тот момент было больше всего напряжения. После прохождения этой кризисной точки в группе уменьшилась тенденция давать советы, стало больше принятия собственных чувств отчаяния, беспомощности.

Именно в этой кризисной точке, в частности, произошли наиболее значительные изменения в состоянии пациентки Люды К. (одной из тех двух пациенток, которые тогда пришли на групповую сессию), у которой отмечались наиболее выраженные проявления негативной шизофренической симптоматики в группе.

До этого в группе она либо молчала, либо в однообразной манере, в одних и тех же выражениях жаловалась на свою «сложную жизненную ситуацию», будучи фиксированной на себе и нечувствительной к чувствам и эмоциональным реакциям других участников. Ее однообразные рассказы вызывали мало сочувствия у пациентов группы.

После вышеупомянутой сессии она стала более внимательной к другим участникам, менее фиксированной на себе, диапазон ее эмоциональных реакций на то, что происходило в группе и в ее жизни, стал отчетливо шире, а ее реакции стали более интегрированными. Она смогла больше вовлечься в то, что происходило в группе, стала более живой в эмоциональном плане и смогла вызвать эмоционально окрашенную эмпатию у членов

группы (включая ведущих) в ответ на то, что им рассказывала (чего в группе по отношению к ней никогда не было до этого).

«Невротическая» фаза развития группы. В дальнейшем, после прохождения кризисной точки, даже в сложные периоды, когда возрастало напряжение, группа уже в основном оставалась в полном составе, т. е. участники стали регулярно посещать группу и исчезли резкие периодические колебания в ее численном составе.

Параллельно у ряда участников группы уменьшился уровень и степень аффективных колебаний эндогенного характера (эти периоды стали более сглаженными, а сдвиг аффекта менее выраженным). Участники группы стали способны более свободно высказывать чувства, в том числе агрессивные, к ведущим, а также друг к другу. При этом высказывания стали более реалистичными, а коммуникация – более прямой. Интерпретации (например, со стороны одного участника группы в отношении каких-то аспектов поведения другого) стали восприниматься более конструктивно, а не просто как обвинения.

В группе почти исчезли опоздания. Если до этого опоздание на 20 мин воспринималось как рядовое явление, то с этого этапа опоздание на 5–7 мин стало расцениваться как нечто, требующее внимания, как необычное явление.

Группа в своей работе стала больше уделять внимания соблюдению принципа здесь-и-сейчас, обращать внимание на нарушение групповых договоренностей (норм), следить за их выполнением (т. е. произошла в значительной степени интериоризация групповых норм членами группы).

В группе стало меньше проявляться действие механизма расщепления. Раньше можно было увидеть на одной сессии идеализацию и представление о полной идентичности чувств и представлений со стороны одного члена группы в отношении другого, а на следующей сессии – ненависть и полное неприятие между этими же людьми. С этого этапа участники группы в большей степени стали осознавать и принимать сосуществование разных чувств, отношение к разным аспектам одного и того же человека (включая ведущих), и понимать, что эти стороны сосуществуют в одном человеке. И при этом стала преобладать установка на сотрудничество.

Практически исчезло разделение участников группы на «полностью плохих» и «полностью хороших». Облегчилось принятие схожести своих переживаний с переживаниями других людей в группе (раньше при обращении внимания участника группы на сходство его переживаний с переживаниями отвергаемого им члена группы можно было услышать: «нет, у

меня это по-другому»). Увеличилось осознание связи собственных чувств с чувствами других в контексте функционирования группы как целого, а также в контексте групповой динамики процессов, происходящих в группе. В лексиконе группы понятия «хорошая» и «плохая» групповая сессия сменились на «напряженная, трудная» или «спокойная».

Большим стал диапазон чувств, возникающих и обсуждаемых на одной сессии, меньшим – механизм отрицания. Практически исчезли попытки засмеять проблемные чувства, чтобы их избежать, эпизоды так называемого «группового сумасшествия», когда в напряженный момент несколько членов группы начинали говорить одновременно на отвлеченные темы, которые не были связаны друг с другом или с темой, обсуждавшейся раньше.

Почти исчезло во время групповых сессий такое поведение, как вставание с мест во время групповой сессии, выходы из комнаты, притрагивание друг к другу, еда конфет, питье воды и пр.

На этом этапе наблюдались параллели с эдипальной фазой индивидуального развития. На третьем году существования группы отчетливо стала звучать тема поло-ролевой идентификации, т. е. участники группы больше стали осознавать себя как мужчин и женщин и взаимодействовать друг с другом, исходя из поло-ролевых позиций. И раньше в группе была тема сексуальных отношений, но теперь она впервые зазвучала в контексте поло-ролевых отношений в социальном смысле.

Этот факт был интересен тем, что у одного из участников группы на первый план в жалобах выходили сексуальные проблемы, а у двух других за время работы группы возникли сексуальные отношения (мужчина из этой пары вскоре после этого покинул группу). Раньше все участники группы общались друг с другом просто как «люди без пола», взаимодействие между ними строилось без учета половой принадлежности. Высказывания терапевта, напоминающие о том, что в группе у нас не просто люди, но мужчины и женщины, встречались с недоумением, непониманием, зачастую просто игнорировались, как не относящиеся к контексту происходящего в группе. Еще интересная деталь: когда только завязывались сексуальные отношения между вышеупомянутыми двумя участниками группы, мужчина из этой пары, говоря о своей любовнице, подчеркивал, что она «понимающий человек, с ней легко», но в этих высказываниях никак не подчеркивались какие-то ее черты как женщины, о ней говорилось как о человеке, пола не имеющем.

В появившемся контексте поло-ролевой дифференциации по-новому стала озвучиваться тема отношений с противоположным полом, для некоторых участников эта тема зазвучала впервые. Одна женщина впервые рассказала о своих несложившихся отношениях с бывшим мужем, затем еще с другим мужчиной. Был поднят вопрос о доверии к представителям противоположного пола. Один из участников, раньше полностью погруженный в религию и религиозные рассуждения, впервые стал говорить, причем достаточно эмоционально, о своем интересе к девушкам, за пределами группы у него появились устойчивые отношения с девушкой, на которой он через некоторое время женился.

Раньше практически все отношения в группе, или упоминаемые в группе, были в рамках диадной структуры. То есть участники группы могли фокусироваться только на диадных отношениях: на отношениях между собой и еще одним участником группы (возможно, поэтому в группе так часто возникали параллельные диалоги), или на отношениях между собой и всей группой как единым целым, или на отношениях между собой и одним из терапевтов, либо на отношениях между группой как целым и ведущими как целым. Если в группе всплывали темы семейных отношений, то это обычно были отношения с одним из родителей, чаще с матерью, либо отношения с ребенком.

С этого этапа в поднимаемых участниками группы темах (как в темах, касающихся их семей, так и в других) все больше прослеживалась треугольная структура отношений. Участники группы стали способны, например, фокусироваться одновременно на отношениях между двумя другими участниками группы, принимая во внимание контекст их взаимоотношений, не объединяясь полностью с одним из участников. В группе в дискуссию так или иначе стали вовлекаться все члены группы. У членов группы расширились возможности принятия во внимание одновременно разных отношений. Не стало бывшего раньше отчетливого разделения на активных говорящих и пассивных молчащих в течение всей групповой сессии участников группы.

Члены группы стали говорить о своих отношениях и с одним, и с другим родителем. Зачастую фигура второго родителя в высказываниях членов группы всплывала впервые, раньше другой родитель мог вообще не упоминаться. Участники группы уже были способны рассмотреть взаимоотношения с родителями в контексте взаимоотношений родителей между собой. Стала больше проявляться неоднозначность отношения к родите-

лям, большая терпимость к ним (что, в том числе, обуславливалось уменьшением действия механизма расщепления).

Переход от диадной структуры отношений к треугольной проявился и в том, что участники группы стали более дифференцированно относиться к ведущим, строя более дифференцированные отношения с каждым из них, а не как раньше, фокусируясь на одной сессии на отношениях с одним из них (игнорируя отношения с другим) или относясь к ведущим только как к единому целому, а не как к двум разным людям. Участники группы стали рассматривать более реалистично как самих ведущих, так и их взаимодействие друг с другом. Соответственно меньше стало действие механизма идеализации–обесценивания в отношении ведущих (как и в отношении других членов группы).

Возросла роль участников группы в качестве «коллективного консультанта», формирующего необходимую активность (например, в ряде случаев в направлении ее ограничения). Возросла роль участников группы в организации работы группы и в регуляции собственной активности.

Возросла роль наблюдающего Эго у участников в группе. Это проявилось и в уже упоминавшемся уменьшении отыгрывания в группе с большим осознанием чувств, лежащих в основеотреагирующего поведения. И отражалось также и в том, что теперь при воспроизведении членами группы материала преэдипального характера (например, определенных примитивных фантазий с садо-мазохистской окраской) эти переживания выдавались с гораздо меньшей напряженностью, чем раньше, со способностью посмотреть на них как бы со стороны, со способностью задавать вопросы себе и другим о том, какие чувства, переживания, потребности лежат в их основе и взаимосвязаны с ними.

Уменьшилась и степень нарциссизма в группе, где раньше каждый участник группы мог быть отдельной эгоцентричной монадой со своей ригидной позицией, готовый в любой момент полностью отключиться от происходящего в группе, погружаясь в свои одни и те же сумбурные переживания. Вместо этого возросла роль эмоционального взаимодействия между участниками группы, члены группы стали способны корректировать свою позицию в ходе такого взаимодействия друг с другом.

Эти положительные изменения, накапливаясь по количеству, по нашему впечатлению, вывели группу к качественно новому этапу функционирования, который условно назвали «невротическим», в противовес этапу глубокой нестабильности, неустойчивости, этапу преэдипальной организации. Мы провели здесь параллель с преэдипальной и эдипальной фазами

индивидуального развития, а также с психотическим и пограничным уровнями организации личности, с одной стороны, и с невротическим уровнем организации личности, с другой стороны (по О. Кернбергу [10]). При проведении этой параллели мы во многом опирались на описание различий (в плане диадных и треугольных паттернов отношений) между эдипальными и преэдипальными пациентами, которое дал М. Баллинт [8], и на представления О. Кернберга [11] об организации более зрелых психологических защит у невротиков и организации примитивных психологических защит у психотических и пограничных пациентов.

На этом этапе переживания участников стали более интегрированными. Например, уже упоминавшийся участник с диагнозом шизофрения, фиксированный на религиозной вере, до этого периодически уходил из группы «насовсем», возвращаясь снова через периоды времени от 2 нед до 1 мес. Свои уходы из группы он мотивировал тем, что «не мог изменять себе, оставаясь в группе, когда обсуждение задевало его религиозные взгляды». Теперь он стал ходить в группу регулярно, сказав после очередного возвращения в группу, что он «хочет найти равновесие между тем, чтобы быть в контакте с собой, не изменяя своим убеждениям, и в это же время оставаться в контакте с другими людьми, не убегая от них». Этот же участник, имевший до этого в течение длительного времени стойкие идеи отношения в адрес соседей по двору, расценивавшиеся его лечащим врачом-психиатром как бредовые, сказал на группе в этот период, что раньше он «думал, что все» на него «смотрят, обращают внимание, обсуждают» его «между собой», а теперь он понял, что «посторонним людям особо нет» до него «дела», так как «у всех людей свои собственные дела». У этого же участника прошли беспокоившие его до этого хульные мысли религиозного содержания. Между прочим, фармакологическое лечение ему тогда не менялось, дозы лекарств не увеличивались по крайней мере в течение 1 года.

У других участников на этом этапе также ослабла в большей или меньшей степени психопатологическая симптоматика. Это также свидетельствует об увеличившейся степени интегрированности их переживаний и об улучшении ими осознания границ между собой и другими людьми.

Особенности переходного периода между фазами развития группы. Хотелось бы отметить, что этот период перехода группы от одного этапа развития к другому требовал гибкой тактики и особого внимания со стороны ведущих к потребностям группы. Излишняя поддержка или конфронтация (например, ранний резкий переход к большому количеству ин-

терпретаций со стороны психотерапевтов), контролирование и регулирование процессов, происходящих в группе, излишняя опора на самостоятельность группы в своем движении развития могли вызвать (и вызывали временами) регресс в функционировании группы. Это напоминает то, как во время развития ребенка в процессе отделения–индивидуации по М. Миллер (или от анальной к эдипальной фазе в классической формулировке), излишне опекающая или контролирующая позиция со стороны матери или полное предоставление ею самостоятельности ребенку с отказом от поддержки могут задержать его развитие или вызвать регресс в развитии [12].

Необходимая длительность посещения группы для возникновения стойких изменений. По нашим наблюдениям, первые заметные изменения у участников появлялись где-то через полгода более-менее регулярного посещения психотерапевтической группы, хотя эти изменения не были устойчивы. Если участник на этом сроке по тем или иным причинам оставил группу, то зачастую постепенно положительные изменения в психической сфере сходили на нет и его состояние более или менее возвращалось к прежнему. Стойкие изменения в психической сфере отмечались у тех участников группы, которые посещали ее 2 года и более. Был отслежен 5-летний катамнез у участников нашей психотерапевтической группы. Оказалось, что у них отмечались уменьшение количества госпитализаций в психоневрологическую больницу и поступлений в дневной стационар, снижение количества и дозировок принимаемых ими препаратов, улучшение социализации (работа, расширение социальных контактов, отношения с близкими) [7].

Заключение

В заключение хочется сказать, что ведение этой группы было интересным, но непростым опытом. Долгое время в группе не происходили большие изменения, порой у некоторых участников начинали временно обостряться психопатологические переживания, между ними возникали нешуточные конфликты. Зачастую психотерапевты группы тратили на эмоциональное обсуждение сессии между собой столько же времени, сколько длилась сама сессия. В группе в целом и у отдельных ее участников возникли заметные изменения в психической сфере.

Обычно в клинической практике подчеркивается необходимость четкой структурированности групп с больными шизофренией, с введением четких групповых правил с самого начала, также обычно подчеркивается необходимость в большей направляющей активности со стороны ведущего

в этих группах (по сравнению с группами с невротиками). Эти рекомендации обосновываются опасностью неуправляемой регрессии и психотического срыва у членов группы. При этом возможность некоторой самоорганизации на фоне прогрессивной эмоциональной коммуникации в таких группах несколько недооцениваются. Хотя риск глубокой регрессии и временного некоторого обострения психотической симптоматики в таких условиях имеется. Но именно такие условия (при использовании определенных психотерапевтических подходов) дают возможность большего эмоционального вовлечения участников в происходящее в группе, а соответственно – и возможность более глубокого влияния на них терапевтического процесса в группе.

Было любопытно наблюдать, что группа, состоящая в основном из больных с диагнозом шизофрения, способна к некоторой постепенной самоорганизации без формального введения с самого начала внешних правил, регламентирующих ее работу. Формулирование и принятие группой таких правил происходило постепенно, в соответствии с потребностями ее созревания. При этом отсутствие какого-то определенного правила из стандартного набора тех, что обычно вводятся в психотерапевтических группах, может сыграть положительную роль. Например, в нашей группе отсутствие правила запрета на общение участников вне пределов группы позволяло на начальных этапах отдельным ее участникам в кризисные моменты, когда они отсутствовали на группе из-за невозможности вынести эмоциональные переживания, наполнявшие группу, сохранять связь с группой через внегрупповые контакты с посещающими группу участниками. Через такие внегрупповые контакты обеспечивалась необходимая связь с группой и «контейнирование» непереносимых групповых переживаний при необходимом и достаточном для таких участников дистанцировании от этих переживаний. Это, в том числе, предотвращало возможность психотического срыва у этих участников и сохраняло их отношения с другими членами группы.

На определенном этапе развития группы у ведущих было впечатление качественного сдвига в ее динамике, когда она стала в некоторых отношениях сближаться с группой пациентов невротического уровня. Особенно обращало на себя внимание (как проявление сдвига от «психотической» к «невротической» группе) появление в группе паттерна «треугольных отношений» вместо паттерна «диадных отношений» в материале участников, в текущих отношениях между ними, в отношениях между ними и ведущими.

Очень интересно и вдохновляюще для нас было наблюдать, как у участников ослабляется психопатологическая симптоматика, как улучшается социальное функционирование некоторых участников, как из-за фасада, казалось бы, необратимых проявлений эмоционального дефекта у вышеупомянутой участницы группы проступают эмоциональные переживания, способные тронуть других людей до глубины души. И в возникновении этих изменений, как я считаю, немалую роль сыграла прогрессивно развивавшаяся эмоциональная коммуникация между участниками, характерная именно для психодинамической группы.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 512 с.
2. Гусева О.В. Психоаналитическая комбинированная индивидуальная и групповая психотерапия больных шизофренией // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1998. – № 2. – С. 52–55.
3. Ормонт Л.Р. Групповая психотерапия: от теории к практике. – СПб., 1998. – Ч. 1. – 135 с. ; Ч. 2. – 123 с.
4. Практикум по арт-терапии / под ред. А.И. Копытина. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 443 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / Абабков В.А. [и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 946 с.
6. Талбот Д.Э. Уроки относительно хронических психически больных, извлеченные начиная с 1955 г. // Шизофрения. Изучение спектра психозов : сб. науч. ст. / под ред. Р. Дж. Энцилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма. – М. : Медицина, 2001. – С. 15–37.
7. Шиканова Е.А. Дневной стационар психоневрологического диспансера как творческая лаборатория психоанализа // Вестн. психоанализа. – 2011. – № 1. – С. 252–259.
8. Balint M. The Basic Fault. – London : Tavistock Publications, 1968. – 205 p.
9. Foulkes, S.H. Group analytic psychotherapy: methods and principles. – London : Gordon & Breach, 1975. – 173 p.
10. Kernberg O. Borderline Personality Organization // Essential papers on borderline disorders / Ed. P.J. Buckley. – New York : New York Press, 1986. – P. 279–320.
11. Kernberg O. Structural derivatives of object relations // Essential papers on object relations / Ed. P.J. Buckley. – New-York : New York University Press, 1986. – P. 309–342.
12. Mahler M. On the first three subphases of the separation – individuation process // Essential papers on object relations / Ed. P.J. Buckley. – New-York : New York University Press, 1986. – P. 407–431.
13. Spitz H. Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient. – New York : Grune and Stratton, 1969. – 234 p.

Chistyakov M.S. Zametki ob opyte vedeniya psikhodinamicheskoi gruppy s bol'nymi shizofreniei [Notes on the experience of leading the psychodynamic group with the schizophrenic patients]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 19–36.

Department of Social Psychiatry and Psychology Saint Petersburg
(Russia, St. Petersburg, Embank. Fontanki, 132)

Chistyakov Maksim Sergeevich – psychotherapist, Department of Social Psychiatry and Psychology Saint Petersburg (Russia, 190005, St. Petersburg, Embank. Fontanki, 132); e-mail: m_chistyakov@inbox.ru

Abstract. The experience of leading the psychodynamic (group-analytic) group, consisted mainly of schizophrenic patients, is described. The group lasted for 4 years. The author looks into how the mechanisms of self-organization manifested themselves in the group. This article focuses on the gradual development of the group from the phase of instability and disintegration through the crises to a new phase, which was called "neurotic" phase. This new, "neurotic", phase was characterized by the decrease of the manifestations of psychotic defense mechanisms (splitting, in particular), and by the shift from the dyadic relationship patterns (structure of relationship) to the triangular relational patterns in the group. This article describes how the individual progress in personal development of the participants was going on along with the progress in the development of the group.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychotherapy, psychodynamic group therapy, schizophrenia, progressive emotional communication.

References

1. Vid V.D. Psikhoterapiya shizofrenii [Psychotherapy of schizophrenia]. Sankt-Peterburg. 2001. 512 p.
2. Guseva O.V. Psikhooanaliticheskaya kombinirovannaya individual'naya i gruppovaya psikhoterapiya bol'nykh shizofreniei [Combined individual and group psychoanalytic psychotherapy with schizophrenic patients]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1998. N 2. Pp. 52–55.
3. Ormont L.R. Gruppovaya psikhoterapiya: ot teorii k praktike [Group therapy experience: from theory to practice]. Sankt-Peterburg. 1998. Part 1. 135 p. ; Part 2. 123 p.
4. Praktikum po art-terapii [Handbook of art therapy]. Ed. A.I. Kopytin. Sankt-Peterburg 2000. 443 p.
5. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Encyclopedia of psychotherapy]. Ababkov V.A. [et al.]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2006. 946 p.
6. Talbot D.E. Uroki otositel'no khronicheskikh psikhicheskii bol'nykh, izvlechennye nachinaya s 1955 g. [Lessons learned about the chronic mentally ill since 1955]. *Shizofreniya. Izucheniye spektra psikhozov*: collection of scientific works. Eds.: R.Dzh. Ensill, S. Khollidei, Dzh. Khigenbottem. Moskva. 2001. Pp. 15–37.
7. Shikanova E.A. Dnevnoi statsionar psikhonevrologicheskogo dispansera kak tvorcheskaya laboratoriya psikhooanaliza [Day hospital of the Psycho-Neurological

Dispensary as a creative laboratory of psychoanalysis]. *Vestnik psikhoanaliza* [Psychoanalytic bulletin]. 2011. N 1. Pp. 252–259.

8. Balint M. *The Basic Fault*. London : Tavistock Publications, 1968. 205 p.

9. Foulkes S.H. *Group analytic psychotherapy: methods and principles*. London : Gordon & Breach, 1975. 173 p.

10. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *Essential papers on borderline disorders*. Ed. P.J. Buckley. New York : New York Press, 1986. P. 279–320.

11. Kernberg O. Structural derivatives of object relations. *Essential papers on object relations*. Ed. P.J. Buckley. New-York : New York University Press, 1986. P. 309–342.

12. Mahler M. On the first three subphases of the separation – individuation process. *Essential papers on object relations*. Ed. P.J. Buckley. New-York : New York University Press, 1986. P. 407–431.

13. Spontitz H. *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient*. New York : Grune and Stratton, 1969. 234 p.

ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9 : 614.253

В.Ю. Рыбников, В.Г. Булыгина

ДИНАМИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЯХ У СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Статья посвящена анализу трансформации представлений о необходимых компетенциях в ходе профессионализации у членов полипрофессиональных бригад, осуществляющих лечебно-реабилитационную деятельность в психиатрическом стационаре в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния. Были обнаружены существенные изменения в представлениях о профессиональных качествах, касающихся переменных, связанных как личностными характеристиками, особенностями взаимодействия с коллегами и способами принятия решений, так и психофизиологическими составляющими компетенций. Авторами обоснована целесообразность перехода от когнитивно-ориентированной к личностно-ориентированной модели компетенций при совершенствовании деятельности специалистов полипрофессиональных бригад в рамках дополнительного профессионального образования.

Ключевые слова: медицинские работники, психологи, психиатрия, организация здравоохранения, полипрофессиональные бригады, профессиональные компетенции.

Введение

Вопросам разграничения компетенции и полномочий между психиатром (психотерапевтом) и психологом при проведении психотерапии,

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч. и учеб. работе Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), засл. деят. науки РФ; e-mail: medicine@arcerm.spb.ru;

Булыгина Вера Геннадьевна – канд. психол. наук доц., руководитель лаб. психол. пробл. судеб.-психиатр. профилактики Федер. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии (Россия, 119991, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: ver210@yandex.ru.

психокоррекции и социотерапии нередко придается принципиальное значение, а мнения различных исследователей в отношении их практического решения представляются порой непримиримыми.

Разработка научно-обоснованных принципов и задач деятельности специалистов при работе методом полипрофессиональной бригады с учетом психологических факторов их успешной деятельности позволит, на наш взгляд, преодолеть существующие противоречия во взглядах на профессиональную роль и компетенции каждого из них при оказании широкого спектра услуг лицам с психическими расстройствами.

При рассмотрении любых вопросов субъект–субъектных отношений между специалистами полипрофессиональных бригад необходимо помнить о специфике работы специалистов психиатрического профиля. К ней относятся: повышенная ответственность за исполняемые функции и операции; работа в режиме внешнего и внутреннего контроля; необходимость входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность; нравственная и юридическая ответственность; психологически трудный контингент.

Содержание работы специалистов общепсихиатрического и судебно-психиатрического профиля можно охарактеризовать как хроническую психически напряженную деятельность, предполагающую постоянное подкрепление эмоциями разных аспектов общения, необходимость активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

Обсуждая и изучая проблему психологических факторов успешной деятельности специалистов, осуществляющих лечение и реабилитацию бригадным методом, невозможно обойти вопрос компетенций.

Подходы к определению компетенций. Следует отметить, что существующее многообразие мнений и подходов к определению компетенций обусловлено разным содержательным наполнением используемых определений. Понятие компететность (competence) используют, когда речь идет о функциональных компетенциях и при определении минимально допустимого качества выполнения работы. Понятие компетенции (competencies) применимо, когда анализируют поведенческие аспекты профессиональной деятельности, и в этом случае речь идет о знаниях, навыках, индивидуальных особенностях характера, мотивах [17]. Ряд авторов разделяют описываемые явления на компоненты «входа», имея в виду переменные, существующие до возникновения ситуации, требующей определен-

ных компетенций, и компоненты «выхода», касающиеся требований ситуации к деятельности. В рамках указанной концепции на «входе» речь идет о компетентности, а на выходе – о компетенциях [6].

Отечественные исследователи указывают, что понятие компетенции можно рассматривать как со стороны, обращенной к работе, так и со стороны, обращенной к человеку. Они определяют компетентность как совокупность ряда личностных характеристик, свойств, способностей, навыков и особенностей мотивации, которыми должен обладать человек для успешной работы в рамках заданных компетенций (типов задач) конкретной должности или организации [1, 2].

В теоретических и практических исследованиях компетенций можно выделить несколько основных подходов: американский (поведенческий), британский (функциональный), французский и немецкий (целостный).

В рамках американского подхода компетенцию понимают как основополагающий поведенческий аспект или характеристику, которая может проявляться в эффективном действии. Соответственно компетенция зависит от контекста действия, организационных факторов, факторов среды и характеристик профессиональной деятельности.

В настоящее время в рамках преобладающего поведенческого подхода многие концепции компетенций теперь включают знания и навыки наряду с отношениями, поведением, рабочими привычками, способностями и личностными особенностями [10, 12, 13, 15].

Английский подход фокусируется на тех элементах деятельности, которые должны быть выполнены, чтобы считать результат достигнутым. При такой трактовке «специалисты проявляют компетентность в той степени, в какой их деятельность достигает или превосходит описанные стандарты» [14]. В основу британских моделей компетенций положены профессиональные стандарты, содержащие набор ролей для каждой должности (рабочей позиции). Эти роли разделяются на компетенции, для каждой из которых определены поведенческие индикаторы.

Целостная модель профессиональной компетентности включает 5 наборов связанных компетенций и компетентностей [3, 4]:

1) когнитивные компетенции, включающие знания, полученные в результате обучения (знают – что) и в результате практической деятельности (знают – почему);

2) функциональная компетентность, подразумевающая, что «человек, который работает в данной профессиональной области, должен быть в состоянии сделать и способен продемонстрировать»;

3) личностные компетенции – относительно устойчивые характеристики личности, обеспечивающие эффективное выполнение работы;

4) этическая компетентность – профессиональные ценности и способность принимать основанные на них решения в рабочих ситуациях;

5) мета-компетенции, определяющие индивидуальную переносимость стресса, способность справляться с неуверенностью, переносить критику.

Французские модели используют аналоги и поведенческих, и функциональных компетенций, и в них всегда входят три элемента: знания, опыт и поведенческие характеристики [8, 9].

В германской – «модель профессии» важнее, чем «модель должности для конкретной организации». Немецкая образовательная модель включает в себя три кластера компетенций: профессионально-технические или предметные, личностные и социальные. Над этими компетенциями выстраиваются методологические компетенции (способность к переносу навыков, решение проблем, креативность) и образовательные компетенции (способность к обучению, развитию учебных навыков). Немецкие модели имеют тенденции стандартизации, в настоящее время создано около 350 моделей для отдельных профессий, которые сформированы по единому шаблону.

Личностные компетенции описывают готовность и способность принимать, анализировать и оценивать возможные пути развития, требования и ограничения в личной, трудовой и общественной жизни, развивать собственные навыки так же успешно, как и выбирать и реализовывать жизненные планы. Включает такие свойства личности, как «независимость», «критические способности», «уверенность в себе», «надежность», «ответственность» и «чувство долга», наряду с профессиональными и этическими ценностями. Personalkompetenz таким образом включают когнитивные и социальные компетенции. В некоторых случаях, самокомпетенции (Selbkompetenz) определяют как способность действовать нравственно и независимо, что включает устойчивый положительный образ «Я» и сформированную ценностно-смысловую систему.

Социальные компетенции включают готовность и способность создавать и поддерживать отношения, идентифицировать и понимать возможные выгоды и угрозу в отношениях, а также способность взаимодействовать с другими рациональным и честным способом, включающим развитие чувства социальной ответственности и солидарности [3, 6].

Так или иначе, большинство определений компетенций располагается между двумя полюсами: универсальные признаки и индивидуальные способности, которые проявляются только в контексте работы. А компетентность может быть связана с моделями личности, моделями результата или моделями образования и обучения, так же как и со стандартным подходом, в котором используются критерии определяющие эффективность [11].

Важным в определениях компетенций, по нашему мнению, является то, что: во-первых, это не только группа знаний в определенной области (related knowledge), навыков, но и отношений, которые влияют на значительную часть профессиональной деятельности (роли или зоны ответственности), во-вторых, они могут быть развиты через обучение; в третьих, базовые компетенции являются глубокой и устойчивой частью личности, по которой можно предсказать поведение человека в достаточно широком круге ситуаций, как жизненных, так и профессиональных.

Многомерный (целостный) подход к компетенциям становится все более распространенным и предлагает более широкие возможности для синхронизации образовательного процесса с требованиями, а также для синергии между формальным образованием и производственным обучением и профессиональной компетентностью [5].

Очевидно, решая задачи повышения эффективности работы специалистов при бригадном ведении пациентов, вопрос компетенций и методологии, в рамках которой анализируется соответствующая феноменология, критически важен. Последователи подхода распределенных компетенций полагают, что члены команды компетентны во взаимодействии с другими. Возможно, компетентные члены команды становятся таковыми в результате своего взаимодействия с другими членами группы, обладающими различными личностными и профессиональными качествами.

Материал и методы

Исходя из представленной на рисунке структуры компетенций и рассмотрения компетенции как этапа развития профессионала от новичка до эксперта, было проведено анкетирование специалистов психиатрического профиля, фокус-группы. Также были проанализированы квалификационные характеристики специалистов, осуществляющих лечение и реабилитацию психически больных. После чего был составлен сводный перечень профессиональных качеств, включающий навыки, психофизиологические

характеристики, мотивацию, знания и часть переменных, связанных с Я-концепцией (см. таблицу).



Проинтервьюировали 180 человек мужского и женского пола: врачи-психиатры ($n = 68$, средний стаж работы – 16,6 года), медицинские психологи ($n = 40$, средний стаж работы – 12,3 года) и медицинские сестры ($n = 72$, средний стаж работы – 17,2 года).

Специалистов просили отметить те качества (таблица), которые они считали необходимыми для выполнения профессиональных обязанностей, когда проходили обучение в вузе, на настоящий момент, и те, которые присущи, согласно их мнению, специалисту с высоким уровнем компетентности.

Сводный перечень компетенций специалистов психиатрического профиля

Стремление понять позицию другого	Умение заботиться о людях
Дружелюбие	Наблюдательность
Способность стать лидером	Аналитические способности
Вежливость	Широта кругозора
Руководование здравым смыслом	Развитая словесно-логическая и образная память
Тщательность действий	Высокий темп работы
Следование предписаниям	Инициативность
Жизнерадостность	Сострадание
Определенная доля агрессии	Принципиальность
Терпеливость	Смелость

Стремление понять позицию другого	Умение заботиться о людях
Большое чувство ответственности	Высокий уровень письменной речи
Способность выполнять разнообразную работу	Эмоционально-волевая устойчивость
Гибкость реагирования	Высокая самооценка
Энтузиазм в трудовой деятельности	Способность быстро переключаться
Честность	Амбициозность
Аккуратность	Решительность
Самостоятельность суждений	Педантизм
Способность к планированию своего будущего	Высокий академический интеллект
Способность обучать других	Физическая выносливость
Способность удерживать высокую концентрацию внимания	Владение вербальными и невербальными методами общения
Способность к публичным выступлениям	Высокий академический интеллект
Креативность	Самостоятельность
Умение заботиться о людях	Высокая культура речи
Наблюдательность	Настойчивость
Аналитические способности	Гуманизм
Развитая словесно-логическая и образная память	Ориентация на деловое сотрудничество
Широта кругозора	Тактичность
Высокий темп работы	Развитая интуиция
Инициативность	Независимость
Сострадание	Целеустремленность
Принципиальность	Самокритичность
Амбициозность	Конкурентность
Смелость	Беспристрастность
Эмоционально-волевая устойчивость	Высокий уровень письменной речи
Высокая самооценка	Решительность
Гибкость реагирования	Педантизм
Физическая выносливость	Умение планировать свое время

Для проверки надежности измерений был использован коэффициент альфа Кронбаха, который показывает внутреннюю согласованность характеристик, описывающих один объект.

Результаты и их анализ

Использование статистики надежности данных, показало низкую согласованность оценок, относящихся к трем различным замерам – «в вузе, сейчас и профессионал» в группе *психиатров*. Ни одно из качеств не дало

даже приемлемой согласованности ($\acute{a} > 0,7$). Наиболее низкая согласованность – недопустимая ($\acute{a} < 0,5$) – отмечалась по следующим качествам: амбициозность (0,32), педантизм (0,332), беспристрастность (0,349), тщательность действий (0,362), способность обучать других (0,382), конкурентность (0,397), способность выполнять разную работу (0,403), лидерство (0,415), выраженное чувство ответственности (0,425), честность (0,437), следование предписаниям (0,448), гибкость реагирования (0,450), принципиальность (0,476), решительность (0,478), терпеливость (0,485), умение планировать свое время (0,488), концентрация внимания (0,488), высокая самооценка (0,490), физическая выносливость (0,498).

Оценки *психологов* отличались значительно большей согласованностью в трех замерах – «в вузе, сейчас и идеальный специалист». Большое количество оценок может быть отнесено к уровню приемлемой согласованности ($\acute{a} > 0,7$): дружелюбие (0,720), вежливость (0,756), здравый смысл (0,716), жизнерадостность (0,705), большое чувство ответственности (0,721), честность (0,726), аналитические способности (0,739), эмпатичность (0,711), самокритичность (0,75). Наиболее низкая согласованность – недопустимая ($\acute{a} < 0,5$) – отмечалась по качествам: педантизм (0,382), амбициозность (0,387), умение планировать свое время (0,389), высокая самооценка (0,457), способность к публичным выступлениям (0,468), лидер (0,490), гибкость реагирования (0,511),

В группе *медсестер* использование статистики надежности данных показало низкую согласованность оценок, относящихся к трем различным замерам – «в вузе, сейчас и идеальный специалист». Ни одно из качеств не дало даже приемлемой согласованности ($\acute{a} > 0,7$). Наиболее низкая согласованность оценок (недопустимое значение $\acute{a} < 0,5$) отмечалась по следующим качествам: лидер (0,140), настойчивость (0,188), тщательность действий (0,250), дружелюбие (0,267), принципиальность (0,275), жизнерадостность (0,285), высокая культура речи (0,300), конкурентность (0,327), высокая самооценка (0,330), способность обучать других (0,336), самокритичность (0,358), быстрая переключаемость (0,36), концентрация внимания (0,360), инициативность (0,378), гибкость реагирования (0,424), широкий кругозор (0,445), целеустремленность (0,447), деловое сотрудничество (0,456), гуманизм (0,459), честность (0,464), эмоционально-волевая устойчивость (0,474), здравый смысл (0,477), развитая интуиция (0,484), терпеливость (0,483), амбициозность (0,49) педантизм (0,499).

При оценке влияния каждого замера на общую согласованность оценок в группе медицинских сестер (alfaifdeleted), было выявлено, что в ряде случаев при исключении оценок об «идеальном» специалисте отмечалось повышение согласованности оценок (в вузе и сейчас) до приемлемого уровня согласованности $\alpha > 0,7$. Указанная тенденция была выявлена в отношении качеств «вежливость», «креативность», «наблюдательность», «словесно-образная память»:

- в обобщенной выборке – «дружелюбие, вежливость, здравый смысл, честность, наблюдательность, аналитические способности, словесно-образная память, эмпатичность, самокритичность»;
- в группе медицинских сестер – «вежливость, креативность, наблюдательность, словесно-образная память»;
- в группе психологов – «наблюдательность и хорошая словесно-образная память»;
- в группе психиатров – «тщательность действий, терпеливость, кругозор, решительность» – по качествам, касающимся психофизических особенностей, навыков, включая особенности принятия решений.

Заключение

В результате проведенного исследования было выявлено, что максимальная трансформация представлений о необходимых компетенциях в ходе профессионализации у членов полипрофессиональных бригад касается переменных, связанных как личностными особенностями взаимодействия с коллегами и принятия решений, так и психофизиологическими составляющими компетенций.

Следует отметить, то у работников субъект–субъектных профессий, к коим относятся и специалисты психиатрического профиля, результат работ определяется характером и свойствами самого исполнителя. Кроме того, необходимо путем специальной подготовки развивать до совершенства психические и физиологические способности в силу «высокого участия волевого стимула» и постоянной активной работы сознания.

Полученные данные подтверждают необходимость перехода от когнитивно-ориентированной к личностно-ориентированной модели компетенций при совершенствовании деятельности специалистов полипрофессиональных бригад, а также перейти на уже принятый в системе высшего образования компетентностный подход при организации системы дополнительного профессионального образования.

Целесообразность такого подхода обусловлена тем, что многомерный (целостный) подход к компетенциям становится все более распространенным и предлагает более широкие возможности для синхронизации образовательного процесса с требованиями, а также для синергии между формальным образованием и производственным обучением и профессиональной компетентностью.

В системе судебно-психиатрической профилактики задачи реабилитации и ресоциализации лиц с тяжелыми психическими расстройствами являются ключевыми. Это может быть реализовано за счет использования модели распределенных компетенций.

Соответственно, четырехкомпонентная модель содержания образования, включающего знания, умения, опыт творческой деятельности и опыт ценностного отношения, требует организации объединенных сертификационных циклов для всех специалистов полипрофессиональных бригад.

Литература

1. Базаров Т.Ю., Ерофеев А.К., Шмелев А. Г. Коллективное определение понятия «компетенции»: попытка извлечения смысловых тенденций из размытого экспертного знания // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. – 2014. – № 1. – С. 87–103.
2. Енгальчев В.Ф. Формирование профессиональной компетентности эксперта-психолога в процессе обучения в вузе // Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях : материалы междунар. науч.-практ. конф. – М. : ТК Велби : Проспект, 2007. – С. 226–229.
3. Корниенко А. В. Факторная модель эффективного менеджмента // Молодой ученый. – 2013. – № 1. – С. 307–310.
4. Кудрявцева Е.И. Современные подходы к проблеме формирования и использования моделей компетенций // Управленческое консультирование. – 2012. – № 1. – С. 166–177.
5. Шихалеева А.В. Специфика когнитивной составляющей профессиональной компетентности судебного эксперта-психолога // Теория и практика судебной экспертизы в современных условиях : материалы междунар. науч.-практ. конф. – М. : ТК Велби : Проспект, 2007. – С. 450–451.
6. Cockerill T. The kind of competence for rapid change // Personnel Management. – 1989. – Vol. 9. – P. 52–56.
7. Green A., Wolf A., Leney T. Convergence and divergence in English education and training systems. – London : Institute of Education, 2000. – 296 p.
8. Human Resource Development International // Toulouse Business School, France. – 2005. – Vol. 8. N. 1. – P. 27–46.
9. Knasel E. G., Meed J., Rossetti A. Learn for Your Life: A Blueprint for Continuous Learning, Financial Times Prentice Hall. – London : DfEE, 2000. – 267 p.
10. Lucia A.D., Lepsinger R. The art and science of competency models: pinpointing critical success factors in organisations. – San Francisco, 1999. – 224 p.

11. Mangham I. In search of competence // *J. of General Management*, 1986. – Vol. 12, N 2. – P. 5–12.

12. Naquin S.S., Wilson J. Creating competency standards, assessments and certification // *Advances in Developing Human Resources*. – 2002. – Vol. 4, N 2. – P. 180–187.

13. Nitardy C.N., McLean G.N. Project management competencies needed by HRD professionals: a literature review // *Academy of Human Resource Development conference: proceedings*. – 2002. – Vol. 2. – P. 956–963.

14. Perry J., Hayes R. Risk and its management in construction projects // *Proceedings of Institution of Civil Engineers*. – 1985. – Vol. 78. – P. 499–521.

15. Russ-Eft D. Defining competencies: a critique // *Human Resource Development Quarterly*. – 1995. – Vol. 6, N 4. – P. 329–335.

16. Rutherford P. Competency based assessment: the assessor's guide. – Melbourne : Pitman Publishing, 1996. – 24 p.

17. Snyder A., Ebeling H.W. Targeting a company's real core competencies // *The J. of Business Strategy*. – 1992. – Vol. 13, N 6. – P. 26–32.

Rybnikov V.Y., Bulygina V.G. Dinamika predstavlenii o professional'nykh kompetentsiyakh u spetsialistov, osushchestvlyayushchikh lechebno-reabilitatsionnyuyu deyatel'nost' v psikiatricheskom statsionare [The dynamics of views about professional competence of experts conducting the treatment and rehabilitation activities in psychiatric hospital]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 37–49.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narchology of Ministry
of healthcare of Russia (Russia, Moscow, Kropotkinsky lane, 23)

Rybnikov Viktor Yurievich – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education) of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: medicine@arccrm.spb.ru;

Bulygina Vera Gennadievna – PhD Psychol. Sci., the head of laboratory of psychological problems of forensic psychiatric preventive treatment of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narchology of Ministry of healthcare of Russia (Russia, 119991, Moscow, Kropotkinsky lane, 23); e-mail: ver210@yandex.ru.

Abstract. This article analyzes the transformation of ideas about the need of the required competencies in the course of professionalization of the members of multi professional teams engaged in treatment and rehabilitation in the psychiatric hospital persons who committed socially dangerous acts. Significant changes in views about the professional qualities relating to variables associated with both personal characteristics, characteristics of mutually beneficial interaction with colleagues and ways of making decisions, and psychophysiological components of competencies were re-

vealed. The authors justified the expediency of transition from cognitive-oriented to learner-oriented model of competencies in the improvement of the activities of the multiprofessional teams of specialists within the framework of additional professional education.

Keywords: medical workers, psychologists, psychiatry, health organization, multiprofessional teams, professional competencies.

References

1. Bazarov T.Yu. Erofeev A.K., Shmelev A.G. Kollektivnoe opredelenie ponjatija «kompetencii»: popytka izvlechenija smyslovyh tendencij iz razmytogo jekspertnogo znaniya [Collective definition of the term «competence»: an attempt to extract meaningful trends from a diffused expert knowledge]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14* [Bulletin of Moscow University]. 2014. N 1. Pp. 87–103. (In Russ.)
2. Engalychev V.F. Formirovanie professional'noi kompetentnosti eksperta-psikhologa v protsesse obucheniya v vuze [The formation of professional competence of expert psychologist in the learning process in higher school]. *Teoriya i praktika sudebnoi ekspertizy v sovremennykh usloviyakh* [Theory and practice of forensic examination in modern conditions]: Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2007. Pp. 226–229. (In Russ.)
3. Kornienko A. V. Faktornaya model' effektivnogo menedzhmenta [Factor model of effective management]. *Molodoi uchenyi* [Young scientist]. 2013. N 1. Pp. 307–310. (In Russ.)
4. Kudryavtseva E.I. Sovremennye podkhody k probleme formirovaniya i ispol'zovaniya modelei kompetentsii [Modern approaches to the problem of formation and use of competence models]. *Upravlencheskoe konsul'tirovanie* [Management consulting]. 2012. N 1. Pp. 166–177. (In Russ.)
5. Shikhaleeva A.V. Spetsifika kognitivnoi sostavlyayushchei professional'noi kompetentnosti sudebnogo eksperta-psikhologa [the Specificity of cognitive component of professional competence of a court expert-psychologist]. *Teoriya i praktika sudebnoi ekspertizy v sovremennykh usloviyakh* [Theory and practice of forensic examination in modern conditions]: Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2007. Pp. 450–451. (In Russ.)
6. Cockerill T. The kind of competence for rapid change. *Personnel Management*. 1989. Vol. 9. Pp. 52–56.
7. Green A., Wolf A., Leney T. Convergence and divergence in English education and training systems. London : Institute of Education, 2000. 296 p.
8. Human Resource Development International. *Toulouse Business School, France*. 2005. Vol. 8. N. 1. Pp. 27–46.
9. Knasel E. G., Meed J., Rossetti A. Learn for Your Life: A Blueprint for Continuous Learning, Financial Times Prentice Hall. London : DfEE, 2000. 267 p.
10. Lucia A.D., Lepsinger R. The art and science of competency models: pinpointing critical success factors in organisations. San Francisco, 1999. 224 p.
11. Mangham I. In search of competence. *J. of General Management*. 1986. Vol. 12, N 2. Pp. 5–12.

12. Naquin S.S., Wilson J. Creating competency standards, assessments and certification. *Advances in Developing Human Resources*. 2002. Vol. 4, N 2. Pp.180–187.

13. Nitardy C.N., McLean G.N. Project management competencies needed by HRD professionals: a literature review. *Academy of Human Resource Development conference: proceedings*. 2002. Vol. 2. Pp. 956–963.

14. Perry J., Hayes R. Risk and its management in construction projects. *Proceedings of Institution of Civil Engineers*. 1985. Vol. 78. Pp. 499–521.

15. Russ-Eft D. Defining competencies: a critique. *Human Resource Development Quarterly*. 1995. Vol. 6, N 4. Pp. 329–335.

16. Rutherford P. Competency based assessment: the assessor's guide. Melbourne : Pitman Publishing. 1996. 24 p.

17. Snyder A., Ebeling H.W. Targeting a company's real core competencies. *The J. of Business Strategy*. 1992. Vol. 13, N 6. Pp. 26–32.

УДК 241.524 : 613.81/84

И.В. Бачинин

ТРЕЗВЕННОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В ТРАДИЦИЯХ ПРАВОСЛАВИЯ КАК ОСНОВА УСТОЙЧИВОСТИ К ЗАВИСИМОСТЯМ

Уральский государственный педагогический университет
(Россия, г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, д. 26)

Излагается авторское представление о методах трезвеного воспитания, основанного на традиционных для российского общества духовно-нравственных ценностях. Автор анализирует причины роста зависимостей в обществе, исследует основные принципы освоения личностью трезвеного мировоззрения, связывает возможности укрепления телесного, душевного и духовного здоровья с необходимостью духовного возрастания. Воспитание трезвеного устоев личности рассматривается с позиций христианской антропологии и педагогики православия. Одной из основных причин зависимостей является утрата человеком смысла жизни, ее ценности. Возникающую духовную пустоту невозможно исцелить только медицинскими средствами, поэтому так важно воспитывать личность на основе традиционных для нашего общества ценностей, устойчивых нравственных ориентиров, формировать способность к самообладанию, познанию, профессиональной самореализации и раскрытию творческого потенциала.

Ключевые слова: трезвеное воспитание, духовно-нравственные ценности, традиции православия.

Бачинин Игорь Владимирович – канд. пед. наук доц., Ин-т педагогики и психологии детства Урал. гос. пед. ун-та (Россия, 620017, г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, д. 26); e-mail: prosvetcentr@mail.ru.

Современная действительность характеризуется ростом различного рода негативных зависимостей. В отличие от недавнего прошлого, когда наиболее распространенными были в основном алкогольная, табачная и наркотическая зависимости, в настоящее время к ним добавились другие: компьютерная, игровая, шопинговая и т. п. Сложившееся положение является отражением тех перемен, которые произошли в общественном сознании и государственной политике современного общества. Российское государство лишилось официальной идеологии, общество – духовных и нравственных идеалов.

Одной из главных причин роста зависимостей в обществе многие исследователи считают утрату людьми смысла жизни, ее ценности. «Общество, утратив свой духовный стержень – основной критерий морали, по сути, теряет целостную систему моральных принципов своего внутреннего мира. Образующаяся пустота гнетет человека, он чувствует, что что-то утеряно, ощущает в полной мере возникающую пустоту и стремится с помощью различных наркотических веществ эту пустоту заполнить» [1]. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» говорится: «Основная причина бегства многих наших современников в область алкогольных или наркотических иллюзий – это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров... Это расплата за идеологию потребительства, за культ материального преуспевания, за бездуховность и утрату подлинных идеалов» [6, с. 225].

Ситуация усугубляется происходившим на протяжении десятилетий отдалением системы образования от православных традиций воспитания, среди которых важнейшей нравственной ценностью выступает трезвение как позиция личности в ее отношениях с Богом, самим собой и окружающим социумом.

Под понятием «трезвение» понимается состояние духовного бодрствования, постоянное внимание человека к своей внутренней жизни и потребности себя к благому действию. При этом телесная и духовная трезвость составляют единое целое. Трезвость – это устойчивое качество личности, состояние, которого можно достичь: вначале – трезвости телесной, затем – трезвости сознания. Трезвость – здравомыслие, свобода от зависимостей. Священник Дмитрий Смирнов так говорит об этом: «Христос нас призывал к свободе от греха. Поэтому любое рабство есть грех. К чему бы человек ни привязывался: к деньгам ли, к еде ли, к детям своим, – любая привязанность, которая становится на место Бога, уже есть грех».

Трезвение – первый и важнейший признак христианского сознания. Отход от трезвения означает приоритет телесных потребностей, человек в таком случае выступает как животное, более того, он приходит в результате к чрезмерным потребностям. «Нравственность – это внутренняя установка индивида действовать согласно своей совести и свободной воле. Чтобы слышать голос совести, человеку необходимо находиться в трезвении» [4, с. 28].

Трезвение – состояние сознания, при котором человек мыслит, чувствует, действует ответственно на основе норм и ценностей христианской традиции; устойчивость личности к социальным порокам, которая складывается на основе христианских идеалов, убеждений и опыта жизнестроительства.

Трезвение – это бесконечный процесс духовного совершенствования, движение по ступеням трезвости. «Трезвение есть хранение ума и чистота сердца», – поясняют святые отцы преподобный Исихий и авва Евагрий: «Страх Божий хранит душу; трезвение же утверждает ее».

Трезвение – жизнь с постоянным ощущением присутствия Бога, с памятью о заповедях Божиих, с постоянным стремлением к единению с Богом, к благодати Божией; уровень духовно-нравственного развития человека, который формируется на основе приоритета духовных потребностей, православной иерархии ценностных ориентиров.

Нравственный императив трезвости лежал в основе воспитания в России на протяжении многих веков. В XIX в. Церковь и государство совместно выстроили комплексную систему трезвенного просвещения народа, которая принесла свои плоды. Просвещение – один из важнейших путей к трезвению. Только человек, просвещенный и воспитанный, исходя из приоритета духовных ценностей, способен сохранить состояние трезвения в душе.

Особое место в трезвенном просвещении занимало и занимает сегодня использование педагогического опыта Сергея Александровича Рачинского, основоположника российского православного трезвенного движения, выдающегося ученого, педагога и подвижника благочестия. Целью своей деятельности он видел самобытное развитие духовных, нравственных, умственных и эстетических талантов русского народа, духовное преобразование всей народной жизни согласно заповедям Спасителя. С.А. Рачинский впервые четко сформулировал главное правило утверждения трезвой жизни: православная трезвенная работа может быть плодотворной только при церковном приходе. Только под благодатным воздействием Церкви возможно исцеление человеческих душ от пороков. Личная рели-

гиозность в связи с этим взглядом на народ, с верой в него и помогли Рачинскому очертить тот план народной школы, который он защищал. Рачинский определил и главное средство обретения трезвой жизни – обет трезвости как церковная форма отречения от пьянства. Обет трезвости – стержневой вопрос в православном опыте утверждения трезвой жизни. Благодатная церковная форма отречения от пьянства – обет трезвости – предлагается человеку не для того, чтобы ее бездумно нарушать, ибо преступивший становится клятвопреступником.

С.А. Рачинский первым в России объяснил необходимость распространения идей трезвости во всероссийском масштабе. Он сформулировал главную стратегию преодоления алкоголизации населения: надежный залог ей должны поставить сильные приходские, школьные и семейные трезвенные традиции. Народный учитель подчеркивал, что человек будет надежно огражден от пагубной страсти к спиртному только тогда, когда его семья и приход будут не просто воздерживаться от «злоупотребления спиртным», но активно развивать и совершенствовать трезвенную работу.

С.А. Рачинский всю свою жизнь призывал священство соединиться с мирянами в благом деле утверждения трезвого образа жизни и воспитания. «Мы не протестанты, и нам не пристало пренебрегать участием духовенства в деле духовного образования народа. Но мы также не католики. Нам не пристало считать это дело исключительным достоянием духовенства. И там, где в школе учит рядом с учителем усердный священник, учитель нисколько не устранился от участия в его трудах. Постоянное общение с детьми, упражнения в церковнославянском чтении, необходимые в известные времена года репетиции уроков законоучителя, отвлеченного другими обязанностями, дают ему беспрестанные ежедневные случаи беседовать с детьми о предметах веры и нравственности, не принимая на себя роли законоучителя. Это участие даже необходимо. Лишь при дружном сотрудничестве законоучителя и учителя возможен успех в преподавании Закона Божия, возможен правильный ход всего школьного дела [7, с. 65].

Опыт Русской Православной Церкви в трезвом просвещении народа, борьбе с негативными зависимостями говорит о том, что основой комплексной духовной, психологической и педагогической реабилитации является восстановление духовных ценностей, изменение мировоззрения, переосмысление прошедшего жизненного этапа, воспитание традиционных для России культурных ценностей. На основе духовных преобразований происходит и нормализация психологического состояния людей, подверженных пагубным пристрастиям.

Трезвенное воспитание личности немислимо без правильного иерархического устройства всех сторон человека – духа, души и тела, без понимания того, что духовная жизнь в человеке – особенная жизнь, которая определяет иное, новое качество жизни. Нарушение иерархичности строения человека, подчинение его духовного начала психофизической сфере затемняет в человеке образ Божий и не дает возможности явить его миру. Следует подчеркнуть, что примат духовного не подавляет психофизической жизни, не устраняет даже ее собственной закономерности. Из того, что психика и телесная сфера служат проводником и выражением духовного начала, не следует, что у них нет собственной жизни. Их собственная жизнь не только соотносена всегда с духовным началом, но может и подчинить духовное начало себе, в чем проявляется уже плененность духа влечениями психофизического характера. «Смысл воспитания, – пишет митрополит Амфилохий (Радович), – органически зависит от смысла человеческой жизни – от основ, на которых он почивает» [1, с. 125].

Таким образом, важнейшее условие трезвенного воспитания – восстановление человеческой природы, ее органической иерархичности, создание условий, способствующих рождению духовной жизни и ее развитию в личности, приращению Божественной благодати, под влиянием которой растущие психофизические силы подчиняются законам духовной жизни, преображаются и облагораживаются ею. Духу принадлежит основное значение в жизни человека, но когда дух находится в плену низших влечений, закон его жизни искажается.

Трезвенное воспитание тесно связано с самовоспитанием, призванным укреплять и развивать способность к добровольному выполнению обязательств как личных, так и основанных на требованиях коллектива и общества. Самовоспитание – выработка человеком у себя таких личностных качеств, которые представляются ему желательными, это определенный тип отношения, поступков, действий к самому себе и к собственному будущему с точки зрения соответствия определенному идеалу. Педагогическая организация трезвенного самовоспитания является одним из сильнейших воспитательных средств в целях профилактики или освобождения страждущих от пагубных зависимостей.

Самой лучшей стратегией и воспитания, и самовоспитания является стратегия любви. Чтобы заниматься самовоспитанием, человек должен стараться сделать себя лучше, совершенствоваться, не относиться к себе равнодушно, т. е., в конечном счете, любить себя. Если начинать с отвращения к себе, мало что получится. Если мы не любим себя, то мы не лю-

бим и других. Самовоспитание же имеет целью сделать лучше, счастливее не только нас, но и всех, кто находится с нами в каких-либо отношениях. Поэтому важнейшим стимулом к самовоспитанию является любовь к своим близким и поддержка семьи.

Познание самого себя нужно не для удовлетворения любознательности или получения удовольствия от познания. Познание себя имеет целетельную горечь и приобретает смысл только в контексте того, с какими целями вы познаете самого себя и как будете использовать эти знания. Единственный путь движения самопознания, которое может скрасить шок, неприятность от открытий, – это самосовершенствование. Постоянная установка к самосовершенствованию, понимание его цели – путь достижения согласия с самим собой и притягия самого себя.

Самовоспитание по сути своей – добровольное дело. Нельзя требовать от человека обязательного участия в нем. Педагогическое сопровождение самовоспитания личности заключается в определении той области деятельности, в которой личность сама может ставить себе задачи по исцелению от зависимостей:

а) развитие волевых качеств (выдержка, целеустремленность, решительность);

б) гармонизация стремлений (умеренность, широта, гибкость в смене стремлений и в способах их реализации);

в) освоение специальных навыков, необходимых для основной деятельности по преодолению зависимости;

г) совершенствование стиля общения в обществе;

д) развитие навыков планирования своих действий, обусловленных единой для всех целью – освобождением от пагубной зависимости.

Обращение к опыту православной педагогики в трезвенном просвещении людей, в котором решение задачи избавления от пристрастия к алкоголю переводится из сферы строго медицинских проблем в педагогическое русло, приобретает особую актуальность в современных реалиях жизни. Существующие на сегодняшний день разнообразные медицинские средства избавления людей от пристрастия к алкоголю не способны даже остановить все более усугубляющийся процесс алкоголизации общества. К тому же спектр негативных зависимостей расширяется столь стремительно, что медицина не успевает отвечать на новые вызовы.

В этой драматической ситуации в обществе происходит осознание необходимости объединения усилий светского образования и православной образовательной традиции. На первый взгляд, эти сферы трудно со-

вместимы: у них разные формы воздействия, смысл, назначение, цели. Но в обеих есть звено, объединяющее богословие со светской педагогикой. Это звено – духовные основы нравственной жизни людей.

Особенностью православного образования является единство обучения и духовно-нравственного воспитания. Любая сфера деятельности Церкви, в том числе и образовательная, имеет своей основной целью спасение человека через его духовно-нравственное совершенствование. В этом смысле церковное понимание воспитания и образования во многом совпадает со светским педагогическим идеалом в его гуманистической парадигме. Согласно этому идеалу, подлинно образованный человек – это многосторонне развитая личность, имеющая устойчивые нравственные ориентиры, способная к самообладанию, познанию, профессиональной самореализации и раскрытию своего творческого потенциала. Педагогика православия предполагает понимание человека, во-первых, как единства духа, души и тела, во-вторых, как становящейся личности, способной различать добро и зло, быть свободной, любить – иметь сердечный разум. Смысл образования Церковь видит в приобщении человека к высокой духовности, нравственности и культуре, что является единством индивидуального и общественного. Воспитание и образование направлено на то, чтобы человек одновременно стремился к внутренней гармонии и к гармоничному устройству общества. Это социально ответственный человек, видящий свою жизненную задачу не столько в достижении индивидуального благосостояния, сколько в служении другим людям и обществу в целом.

Все это не противоречит постулатам светской педагогики, но, напротив, способно обогатить ее смыслы при разумном взаимодействии.

Цель воспитательно-образовательного процесса педагогики православия – раскрытие образа Божия в человеке. Образ Божий заключается в тех свойствах и способностях, которые составляют сущность духовной природы человека, приближают его к Богу и возвышают его над бессловесными тварями. Такими свойствами являются: духовность как образ духовности существа Божьего; разум как образ бесконечного ума Божьего; свободная воля как образ бесконечно свободной воли Божьей; бессмертие как образ вечности Божьей; дар слова как образ ипостасного слова Божьего. Образование понимается как восстановление целостности человека, предполагающее развитие всех его сил и соблюдающее православный иерархический принцип в устройении человека, при котором образ Божий мог бы раскрыться во всей силе, во всей полноте.

Образ Божий в каждой душе – ответ Бога, и человечество в целом – носитель образа Божьего. При этом подобное единство не ослабляет начала индивидуальности, а наоборот, создает его. Оттого в личности индивидуальное и социальное развиваются параллельно. Развитие личности, с точки зрения православной педагогики, – это движение по пути возрастания духовности.

Отличие педагогики православия от любой другой педагогической системы заключается в том, что она готовит человека не только для полноценного земного существования, но прежде всего – для вечной жизни. Содержание православной христианской педагогики – это, в первую очередь, введение человека в жизнь Церкви, приобретение навыков общественной и личной духовной жизни. В православной традиции речь идет в основном о духовном образовании – образовании Духом Святым. Бог открывает истинные знания человеку по мере подготовленности его к получению этих знаний.

Педагогика состоятельна лишь в том случае, если усвоение общественных знаний понято личностью изнутри, если оно стало не просто опытом человечества, а внутренней необходимостью личности. Таким образом, по словам В.В. Зеньковского, тот или иной поступок должен расцениваться личностью не как навязанная необходимость, а как соответствующий ее внутреннему миру [3]. Педагогика православия – это не система тех или иных правил, а прежде всего педагог, который стоит рядом и помогает человеку среди общего шума жизни различать слова Божии. «Знание без любви есть зимнее солнце, которое не оживляет и не возвращает. Итак, аще кто учится, аще учит, с любовью сие да творит» (архиепископ Феофан Полтавский).

Учитель, в понимании И.А. Ильина, должен был быть одновременно ученым, священнослужителем и художником. Ибо и ученый, и священнослужитель, и художник – это те люди, которые «по самому положению своему... стоят непосредственно лицом к лицу с тем высшим, верховным жизненным содержанием, через которое жизнь человеческая вообще имеет значение и ценность» [4, с. 21]. Педагогическому процессу в этом смысле необходима нравственная активность в познании. Важно, чтобы у человека не погасли духовный инстинкт, направляющий волю к совершенному знанию, и чуткость личной совести, своеобразной цензуры от субъективизма. Важно также, чтобы знания были доступны всем вопрошающим и ищущим, всем жаждущим. Когда учитель поднимает ученика на этот уровень, он сам совершенствуется. А ученик становится окончательно готовым

воспринимать мироздание объективно, начинает чувствовать себя истинно стоящим перед лицом Божиим, обретает собственное духовное достоинство. Его жизнь действительно получает значение духовного делания.

Образование в русле принципов педагогики православия способно раскрыть перед каждым человеком национальное своеобразие других народов. В то же время оно обнажает суть денационализма как духовной болезни: «создать нечто прекрасное для всех народов может только тот, кто утвердился в творческом лоне своего народа» [1]. Религиозная укорененность педагогики православия дает ей основания быть образовательно-воспитательной системой, соответствующей духовно-душевному основаниям отечественной культуры, а потому актуальной для России сейчас и во все времена.

Важную роль играет соборность как один из важнейших принципов православного воспитания. «К сожалению, следует констатировать, что в настоящее время господствует “однокрылая” педагогика – индивидуалистская, личностно-ориентированная. Дело дошло едва ли не до “отмены” самого понятия “коллектив”» [9, с. 5]. В то же время еще В. Франкл утверждал: «Существование человека в полной мере обретает смысл лишь в сообществе. Таким образом, в этом смысле ценность человека зависит от общества... Смысл сообщества держится на индивидуальности каждого его члена, а смысл личности проистекает из смысла сообщества» [8].

Педагогика Православия, в отличие от секулярной, антропоцентричной, является теоцентричной, направленной на воспитание человека для жизни вечной. В Боге люди едины, в то же время образ Божий в каждом уникален. Люди, являясь различными и единичными, составляют все же единое целое, через идею церковной соборности раскрывается личность. Соборность – это потребность в целостности с собой и другими, это такой тип социальной связности, который проявляется в духовном единении, в возникновении коллективного духовного начала. В.В. Зеньковский считал, что «соборность означает возникновение некоей новой реальности, некоего коллективного духовного начала» [3, с. 145]. Такое единение делало невозможным разрушение личности в условиях кризиса, так как способствовало сохранению единых для сообщества смысложизненных ориентаций, удерживая отдельную личность от их крушения.

Заключение

Сегодня на государственном уровне, на уровне гражданского и педагогического сообщества осознается огромный воспитательный потенциал

педагогики Православия как нравственной поддержки, позволяющей личности самостоятельно противостоять злу и сохранять свою целостность и устойчивость к негативным зависимостям в критических обстоятельствах: в неблагоприятных социальных условиях, последствиях психологического стресса. Составляющими содержание воспитания, основанного на ценностях Православия, являются:

- соборность как единение в межличностном взаимодействии, сплочение вокруг общественно значимой цели;
- раскрытие образа Божия в человеке как возможность полноценной самореализации личности;
- трезвение как состояние ответственного сознания на основе христианских идеалов, убеждений и опыта жизнестроительства;
- гражданственность и патриотизм как служение ближнему и Отечеству;
- уважение и бережное отношение к родному языку как духовному корню своего народа.
- ценность устоев семьи, связь поколений на основе традиции;
- поиск своего уникального призвания, следование ему;
- забота о здоровье (телесном, душевном, духовном);

В критических ситуациях личность, воспитанная на этих принципах, сохраняет свою жизненную стратегию, остается приверженной своим позициям и ценностным ориентациям, совершенствуется, становится целостной личностью, устойчивой к социальным порокам.

Возрождение педагогики Православия, утверждение ее ценностных оснований в образовании и воспитании подрастающего поколения необходимы нашему обществу, особенно в условиях противоречивых морально-нравственных тенденций, существующих в нем на современном переходном этапе. «Все, что воспитывает духовный характер человека, – все хорошо для России, все должно быть принято, творчески продумано, утверждено, насаждено и поддержано. И обратно: все, что не содействует этой цели, должно быть отвергнуто, хотя бы оно было принято всеми остальными народами» [4, с. 23].

Литература

1. Амфилохий (Радович), митрополит. Основы православного воспитания: сб. ст. – Пермь : Панагия, 2000. – Вып. 1. – 208 с. – (Церковь и образование).
2. Афанасьева М.Н., Зимина Н.С., Панин Д.А. Кризис духовных ценностей и пути его решения // Вызовы современности и философия : материалы «Круглого стола», посвященного Дню философии ЮНЕСКО / под общ. ред. И.И. Ивановой. – Бишкек : Кыргыз.-Рос. Славян. ун-т, 2004. – С. 113–117.

3. Зеньковский В.В. Проблемы воспитания в свете христианской антропологии. – Клин : Христианская жизнь, 2002. – 272 с.
4. Ильин И.А. Собрание сочинений. – М., 1994. – Т. 3. – 591 с.
5. Иоанн Златоуст. Душеполезные размышления // Троицкий благовестник. – 1897. – № 31. – С. 199–201.
6. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви : сб. док. и материалов юбил. Архиерейского собора Русской Православной Церкви. – XI, 6. – Н. Новгород, 2001. – 288 с.
7. Рачинский С.А. Сельская школа. – М. : Педагогика, 1991. – 173 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла : сборник. – М. : Прогресс, 1990. – 366 с.
9. Чапаев Н.К., Верещагина И.П. Диалектика взаимоотношений коллективистских и индивидуалистских начал в человеке и образовании // Образование и наука. – 2008. – № 1 (49). – С. 3–14.

Bachinin I.V. Trezvennoe stanovlenie lichnosti v traditsiyakh pravoslaviya kak osnova ustoychivosti k zavisimostyam [Temperance the formation of personality in the tradition of Orthodoxy as the basis of resistance to dependency]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 49–60.

Ural state pedagogical University
(Russia, Ekaterinburg, Kosmonavtov Ave., 26)

Bachinin Igor' Vladimirovich – PhD Education Sci. Associate Prof., Ural state pedagogical University (Russia, 620017, Ekaterinburg, Kosmonavtov Ave., 26); e-mail: prosvetcentr@mail.ru.

The article presents the author's view of the methods of temperance education, based on traditional Russian society spiritual and moral values. The author analyzes the reasons for the addictions increase in society, explores the basic principles of temperance ideology comprehension, connects physical, mental and spiritual health strengthening possibilities with the need for spiritual growth. The education of personality temperance bases is considered from the Christian anthropology and Orthodox pedagogy viewpoint. One of the main reason of dependency is the loss of the meaning of human life, its values. The Emerging spiritual emptiness cannot be healed only by medical means, so it is important to educate the person on the basis values traditional for our society, sustainable moral guiding lines, the ability to generate self-control, knowledge, professional and creative potential.

Keywords: temperance education, spiritual and moral values, the traditions of Orthodoxy.

References

1. Amfilokhii (Radovich), mitropolit. Osnovy pravoslavnogo vospitaniya : sbornik statei [Foundations of Christian education: Collection of articles]. Perm'. 2000. Issue 1. 208 p. (Tserkov' i obrazovanie [Series: the Church and education]). (In Russ.)

2. Afanas'eva M.N., Zimina N.S., Panin D.A. Krizis dukhovnykh tsennostei i puti ego resheniya [The Crisis of spiritual values and the ways of its solution]. *Vzovy sovremenosti i filosofiya* : materialy «Kruglogo stola», posvyashchennogo Dnyu filosofii YuNESKO [The challenges of modernity and philosophy: Proceedings of the "Conference devoted" to the Day of philosophy UNESCO]. Ed. I.I. Ivanova. Bishkek. 2004. Pp. 113–117. (In Russ.)
3. Zen'kovskii V.V. Problemy vospitaniya v svete khristianskoi antropologii [Problems of education in the light of Christian anthropology]. Klin. 2002. 272 p. (In Russ.)
4. Il'in I.A. Sobranie sochinenii [Collection of the works]. Moskva. 1994. Vol. 3. 591 p. (In Russ.)
5. Ioann Zlatoust. Dushepoleznye razmyshleniya [Spiritual reflections]. *Troitskii blagovestnik* [Trinity Evangelist]. 1897. N 31. Pp. 199–201. (In Russ.)
6. Osnovy sotsial'noi kontseptsii Russkoi Pravoslavnoi Tserkvi [Bases of the social concept of the Russian Orthodox Church]: sbornik dokumentov i materialov yubileinogo Arkhiereiskogo sobora Russkoi Pravoslavnoi Tserkvi [A Collection of documents and materials of the jubilee Bishops Council of Russian Orthodox Church]. Nizhnii Novgorod. 2001. 288 p. (In Russ.)
7. Rachinskii S.A. Sel'skaya shkola [Country school]. Moskva. 1991. 173 p. (In Russ.)
8. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla [Man in search of meaning]. Moskva. 1990. 366 p. (In Russ.)
9. Chapaev N.K., Vereshchagina I.P. Dialektika vzaimootnoshenii kollektivistskikh i individualistskikh nachal v cheloveke i obrazovanii [The Dialectic of the relationship of collectivistic and individualistic principles in man and education]. *Obrazovanie i nauka* [Education and science]. 2008. N 1. Pp. 3–14. (In Russ.)

**ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ И НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ СТАТЕЙ В НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
ПО ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ (2005–2014 гг.)**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Научная электронная библиотека
(Россия, Москва, ул. Нагатинская, д. 1, стр. 14);
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Раскрыто содержание основных наукометрических индексов и сконструированного общего инновационного показателя статей, который образовали средневзвешенные показатели участия авторов в подготовке статей, цитирований, доли статей, процитированных хотя бы один раз. Представлен алгоритм поиска подборки журнальных статей ведущих научных учреждений по психиатрии и наркологии. За 10 лет (2005–2014 гг.) в Российском индексе научного цитирования проиндексированы 4546 журнальных статей Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (МЦПН), 1592 статьи Научного центра психического здоровья (НЦПЗ), 915 статей Научно-исследовательского института психического здоровья (НИИПЗ) и 622 статьи Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (СПбПИ). В среднем каждая статья имела по 2,82, 5,90, 2,87 и 2,64 цитирований соответственно. Процитированы хотя бы один раз 50–60 % статей учреждений. По результатам общего инновационного показателя с учетом участия сотрудников учреждений в подготовку статей 1-й ранг получил массив статей НЦПЗ, 2-й – СПбПИ, 3-й – НИИПЗ, 4-й – МЦПН. Представлены пути повышения научной значимости статей.

Ключевые слова: науковедение, статья, научное учреждение, психиатрия, наркология, цитирование, общий инновационный показатель, индекс Хирша, Российский индекс научного цитирования.

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: 9334616@mail.ru;

Глухов Виктор Алексеевич – канд. техн. наук, зам. директора Научной электронной библиотеки (Россия, 117105, Москва, ул. Нагатинская, д. 1, стр. 14); e-mail: publ@elibrariy.ru;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: gsg_rj@mail.ru.

Введение

В последнее время в научном сообществе повышается интерес к результатам научной деятельности. К сожалению, научный вклад России в мировой инновационный продукт не увеличивается, при том что, по общему числу ученых Россия занимает лидирующее положение и находится на 4-м месте после Китая, США и Японии, по уровню финансирования научных исследований – на 9-м месте в мире [9].

О результатах развития науки судят по экспертным оценкам, которые могут состоять из экономических, технических и ряда других показателей, по результатам патентного анализа изобретений и данным наукометрических (библиометрических) исследований. Например, в качестве объекта исследований выступали материалы съездов по психиатрии [5], публикационная деятельность научно-исследовательских учреждений по психиатрии и наркологии [7], диссертационные работы [3].

В 1950-х годах Юджин Гарфилд (Eugene Garfield) высказал идею о том, что на основе анализа списка литературы в статьях ограниченного количества журналов можно проводить оценку результативности участников научной деятельности [13]. Его работы стали началом библиометрического исследования науки в созданном им в 1961 г. Институте научной информации (Institute for Scientific Information, ISI, г. Филадельфия, США). В 1961 г. вышел в свет первый «Указатель цитирования в науке» (Science Citation Index, SCI). С 1964 г. указатель SCI стал выходить регулярно и расширялся спектр расчета индекса научного цитирования по отраслям науки.

Наиболее известными международными политематическими реферативно-библиографическими базами (БД), которые представляют наукометрические данные статей в мире, являются Web of Science Core Collection (WoS CC) и Scopus. Считается, что современная БД Scopus содержит на 20 % больше реферативной информации, чем WoS CC [12]. WoS CC обрабатывает 12,7 тыс. журналов и индексирует около 2 млн статей, Scopus – 21,5 тыс. журналов и 2,18 млн статей. В указанных БД индексируется не более 10 % отечественных статей [8], что определило необходимость создания национального индекса научного цитирования.

На конкурсной основе формировать отечественную БД статей и Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) было поручено сотрудникам Научной электронной библиотеки (НЭБ). Наиболее полные сведения об отечественных статьях в РИНЦ представлены с 2005 г. На базе РИНЦ создана информационно-аналитическая система Science Index, которая оценивает результативность научно-исследовательской работы и проводит ста-

тистику публикационной активности [4]. Ежегодно в РИНЦ добавляется около 1,5 млн новых публикаций (в т. ч. иностранных). Всего в РИНЦ содержится около 8 млн российских публикаций. В 2015 г. проиндексировано 800 тыс. отечественных публикаций, из них 450 тыс. статей из более 5000 российских научных журналов.

Наиболее распространенной оценкой значимости статей является подсчет цитирований (ссылок) – упоминаний статьи «А» в списке литературы или в постраничной библиографической ссылке статьи «Б». Если в тексте одной статьи другая публикация имеет несколько ссылок, это считается одним цитированием. Средняя цитируемость отечественных научных работ в 2009 г. составила 2,4 ссылки в расчете на 1 статью [7].

Коэффициент самоцитируемости – это доля во всех полученных цитированиях ссылок автора (журнала) на самого себя. Научным сообществом допускается не более 15–25 % самоцитируемых ссылок. Высокие уровни самоцитирований определяются в статьях авторов из США и Китая. Методологические аспекты цитирований и классификации видов цитирований приведены в публикациях [1, 2].

Классический двухлетний импакт-фактор Ю. Гарфилда, или индекс влияния журналов, показывает среднее число ссылок, сделанных в рассматриваемом году на статьи журнала, опубликованные в течение предыдущих двух лет. Если импакт-фактор журнала в 2014 г. равен 3,0, значит на все статьи, опубликованные в журнале в 2012–2013 гг., в общей сложности ссылались 3 раза, если импакт-фактор равен 0,5 – процитирована только каждая вторая статья.

Востребованность информации и продолжительность ее влияния отражает индекс полупериода жизни публикации (полужизни публикации) – медиана хронологии цитирования/цитируемости (citing/cited half-life). Индекс показывает быстроту обновления знания, интенсивность прогресса.

Индекс Хирша отражает количественную характеристику влияния публикаций ученого (учреждения, журнала) на научное сообщество за весь период научной деятельности. Индекс был разработан в 2005 г. американским физиком Хорхе Хиршем [14]. Если у автора индекс равен 7, значит, у него есть 7 статей, которые были процитированы 7 раз и более, а остальные статьи имеют 6 цитирований и менее.

Наукометрические показатели получают ряд заслуженных нареканий. Кроме перечисленных индексов, существуют и другие, которые постоянно совершенствуются [1, 10, 11, 15]. Модификации индексов позво-

ляют также снижать уровень накруток цитирований при сговоре недобросовестных авторов и издателей.

Материал и методы

Объект исследования составила БД РИНЦ (рис. 1) по состоянию на 11.11.2015 г., предмет исследования – научные статьи, изданные в ведущих учреждениях России по профилю «психиатрия и наркология» за 10 лет (2005–2014 гг.). В РИНЦ зарегистрированы 4 научно-исследовательских учреждения:

- Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (МЦПН; создан 17.05.2014 г. в результате объединения Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Московского научно-исследовательского института психиатрии, Национального научного центра наркологии), директор – доктор медицинских наук проф. З.И. Кекелидзе (Москва, <http://serbsky.ru/>);

- Научный центр психического здоровья (НЦПЗ), директор – доктор медицинских наук проф. Т.П. Ключник (Москва, <http://psychiatry.ru/>);


- Научно-исследовательский институт психического здоровья (НИ-ИПЗ), директор – доктор медицинских наук проф., член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки России Н.А. Бохан (г. Томск, <http://www.mental-health.ru/>);

- Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (СПБПИ), директор – доктор медицинских наук, проф., заслуженный работник высшей школы России Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, <http://bekhterev.ru/>).

Активировав опцию «Список организаций», с главной страницы сайта НЭБ (<http://elibrary.ru/defaultx.asp>) переходили на страницу поисковых сведений и, указав название учреждения (см. рис. 1, п. 1), посредством опции «Поиск» открывали окно общих сведений об учреждении. Активирование значка гистограммы («цветная ёлочка») (см. рис. 1, п. 2), открывало страницу анализа публикационной активности организации (см. рис. 1, п. 3). Страница содержит суммарные и динамические показатели публикаций, в том числе количество журнальных статей и авторов – сотрудников учреждения. На примере они изображены не все.

К сожалению, большинство представленных на странице сведений использовать для сравнительного анализа не смогли, так как количество публикаций по типу и научно-педагогический потенциал в учреждениях

различаются значительно (табл. 1). В общей сложности журнальные статьи составили 67 %, прочие публикации – 33 %.



НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА

eLIBRARY.RU

ПОИСК ОРГАНИЗАЦИЙ

Город

Сортировка

Всего найдено организаций: 1 из 12294

№	Название организации	Город	Публ.	Цит.
1	Научный центр психического здоровья РАМН	Москва	2300	279

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ

Общие показатели (дата обновления 07.11.2015):

Общее число публикаций организации в РИНЦ	2300
Суммарное число цитирований публикаций	13279
Число авторов	425

Показатели за 5 лет (2010-2014):

Общее число публикаций за 5 лет	941
Число публикаций в зарубежных журналах	46 (4,9%)
Число публикаций в российских журналах	793 (84,3%)

Показатели за пять лет (2010-2014) по областям знаний:

Показатели по годам:

Название показателя	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Число статей в журналах	106	193	175	145	149	136	163	161	230
Число авторов статей в журналах	90	162	124	103	109	100	113	139	127

Статистические отчеты:

- Распределение публикаций по годам
- Распределение публикаций по типу публикации
- Распределение публ
- Распределение публ
- Распределение публ
- Распределение публ
- Распределение публ

Распределение публикаций по типу

№	Тип публикации	Публикаций
1.	Статья в журнале	2070
2.	Диссертация	158
3.	Статья в сборнике трудов	46

НАВИГАТОР

- Персональная карточка
- Список издательства
- Общая статистика
- Статистика для организации
- Статистика для издательства
- Новые журналы
- Поисквые запросы
- Тематический рубрикатор
- Каталог журналов
- Подборки публикаций
- Подборки журналов
- Авторский указатель
- Ключевые слова
- Новые поступления
- Новости библиотеки
- Список организаций

Рис. 1. Алгоритм выведения страницы анализа публикационной активности учреждения

Если статьи журналов из перечня ВАК Минобрнауки России представляются в НЭБ в обязательном порядке и они индексируются в РИНЦ, то нормативных документов, которые бы определяли необходимость на-

правления в НЭБ диссертаций, книжных изданий и патентов, нет. По Федеральному закону от 29.12.1994 г. № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов», книжные издания направляются в Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС), которое является правопреемником Российской книжной палаты. ИТАР-ТАСС России осуществляет их учет и рассылку в ведущие библиотеки страны.

Представление в НЭБ иных публикаций, кроме журнальных статей, ставит учреждения России в неравные условия. Публикационная деятельность в этом случае во многом определяется активностью направления учреждений в НЭБ своих публикаций. Считаем, что в настоящее время учреждения загрузили свои публикации в РИНЦ еще не полностью, поэтому объективный анализ наукометрических показателей учреждений можно проводить только по журнальным статьям, а не по общим публикациям, как это представлено в статье [7]. Уместно заметить, что такая практика существует и в ведущих международных БД.

Таблица 1

Общее количество публикаций научных учреждений, проиндексированных в РИНЦ

Публикация	МЦПН	НЦПЗ	НИИПЗ	СП6ПИ
Статья в журнале	6283 (63,21)	2070 (88,88)	1173 (65,42)	790 (68,28)
Статья в сборнике или глава в книге	588 (5,92)	16 (0,69)	30 (1,67)	10 (0,86)
Статья в сборнике трудов конференции	1578 (15,88)	46 (1,97)	21 (1,17)	9 (0,78)
Книга или сборник статей	413 (4,15)	14 (0,60)	111 (6,19)	52 (4,50)
Сборник трудов конференции	3 (0,03)		1 (0,06)	
Диссертация	873 (8,78)	158 (6,78)	408 (22,76)	268 (23,16)
Патент	197 (1,98)	13 (0,56)	49 (2,73)	28 (2,42)
Отчет	4 (0,04)	9 (0,39)		
Препринт	1 (0,01)	3 (0,13)		
Доля от общего количества, %	100,00	100,00	100,00	100,00
Число сотрудников, имеющих индивидуальный профиль в РИНЦ	777	260	164	277

В разделе статистических отчетов (см. рис. 1, п. 4) активировали значок гистограммы функции «Распределение публикаций по типу». Во всплывающем окне представлен перечень публикаций и их количество. Активирование опции «Статья в журнале» (см. рис. 1, п. 5) открывает страницу алгоритма функций распределения статей по тематике, журналам, организациям, годам, типу (рис. 2, п. 1) и списка журнальных статей (рис. 2, п. 2).

Открывали сортировку статей по годам и отмечали для формирования массива публикации статьи с 2005 по 2014 г. (см. рис. 2, п. 3). Статьи можно выводить на экран компьютера или общим списком, или только списком статей, опубликованных в журналах по перечню ВАК Минобрнауки России, или списком статей, индексируемых в WoS CC и Scopus (см. рис. 2, п. 4). Учитывали статьи, которые были изданы сотрудниками в период их работы в учреждении. Статьи, извлеченные из списков литературы, в РИНЦ не индексировались и поэтому не учитывались.

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА eLIBRARY.RU

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Тематика Раскрыть ▾	Возможные действия
Журналы Раскрыть ▾	▶ Выделить все публикации на этой странице
Организации Раскрыть ▾	▶ Снять выделение
Авторы Раскрыть ▾	▶ Добавить выделенные публикации в подборку:
Сортировка: по году ▾ Снять выделение Годы: <input checked="" type="checkbox"/> 2014 (254) ▲ <input checked="" type="checkbox"/> 2013 (185) ▼ <input checked="" type="checkbox"/> 2012 (182)	▶ Добавить все публикации организации в указанную выше подборку
Тип: Выделено: 1 Раскрыть ▾	▶ Вывести список статей, цитирующих публикации организации
Показывать: все публикации ▼	▶ Анализ публикаций в данной подборке
Сортировка: по числу цитирований ▾ Порядок по убыванию ▾ Очистить Поиск	
Всего найдено 2070 публикаций с общим количеством цитирований: 13562. Показано на данной странице: с 1 по 20.	
Публикация	Цит.
120 <input type="checkbox"/> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ АУТИЗМА В ДЕТСТВЕ Тиганов А.С., Башина В.М. 20 Журнал неврологии и психиатрии ② им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105. № 8. С. 4-13.	
В начало << 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >> В конец	

Рис. 2. Алгоритм создания подборки статей учреждения

Отметив опцию «Все публикации», посредством команды «Поиск» создали массив из 1692 статей с 9394 цитированиями (см. рис. 2, п. 5). Для автоматизированного подробного анализа статей образовали подборку статей. Все выделенные журнальные статьи учреждения помещали в новую подборку (см. рис. 2, п. 6). Во всплывающем окне этой подборки статей да-

вали название (см. рис. 2, п. 7) и спустя некоторое время, необходимое для автоматизированного группирования, переходили на страницу сформированного списка статей (рис. 3).

Список статей выводили опциями по 100 (см. рис. 3, п. 1). Статьи можно располагать по авторам, году публикации, количеству цитирований. Активирование гистограммы (см. рис. 3, п. 2) позволяет открывать окно «Анализа публикаций в подборке». Автоматизированно строится таблица общих наукометрических показателей (см. рис. 3, п. 3) сформированной подборки статей и 20 графических функций (см. рис. 3, п. 4).

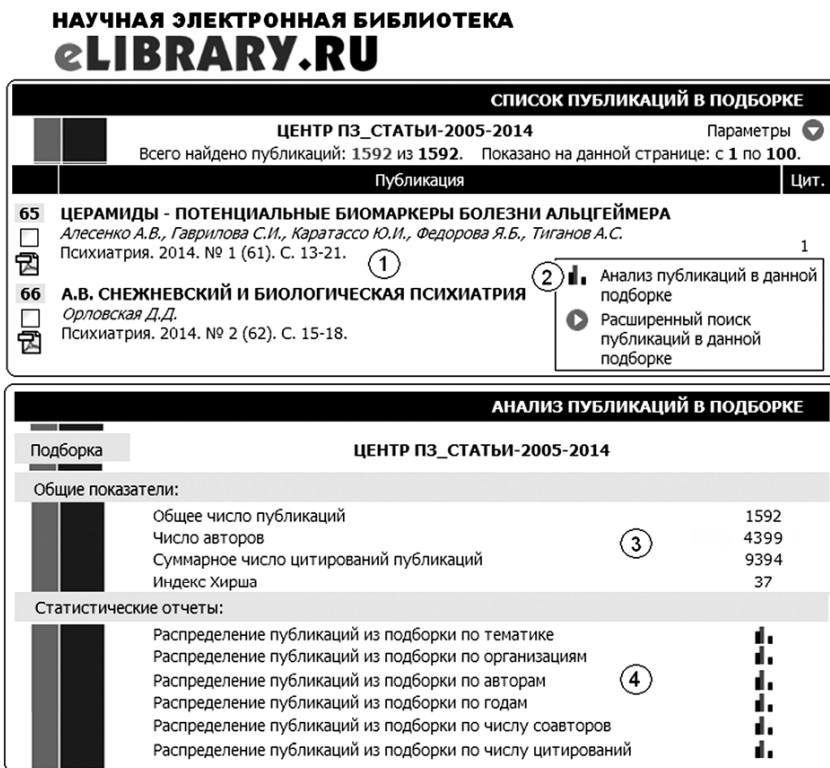


Рис. 3. Алгоритм анализа подборки статей учреждения

К сожалению, наукометрические показатели статей, которые были опубликованы авторскими коллективами из разных учреждений, учитывались во всех аффилированных организациях без учета вклада авторов в их подготовку. В общее количество авторов статей входили и те, которые не

работали в учреждении, поэтому определили ежегодный вклад участия в подготовку статей авторов – сотрудников учреждения.

При всем многообразии показателей, рассчитываемых в Science Index, ведущими являются количество авторов, статей и цитирований. Полагаем, что расчет средневзвешенных данных будет объективно отражать публикационную деятельность учреждений, значимо различающихся количеством научно-педагогического персонала и публикационной активностью. Обобщенный инновационный показатель (ОИП) статей вычисляли по формуле:

$$y = (x_1 + x_2 + x_3 + x_4) \cdot A,$$

где y = ОИП;

x_1 – количество статей, приходящихся на 1 автора;

x_2 – количество цитирований, приходящихся на 1 статью;

x_3 – количество цитирований, приходящихся на 1 автора;

x_4 – доля статей, процитированных хотя бы 1 раз;

A – доля авторов – сотрудников учреждения в массиве статей.

Результаты проведены на нормальность распределения признаков. Количественную динамику и прогнозирование показателей исследовали анализом динамических рядов. Для анализа большого набора данных нестабильной величины использовали полиномиальный тренд 2-го порядка. Ежегодный средний прирост (уменьшение) статей (цитирований) оценили методом однофакторного регрессионного анализа.

Результаты и их анализ

Поиск позволил выявить в РИНЦ 7587 научных статей, аффилированных с научными учреждениями по психиатрии и наркологии. В табл. 2 представлены общие наукометрические показатели статей учреждений за 10 лет (2005–2014 гг.). Обобщенный авторский коллектив массивов статей учреждений определили путем суммирования числа авторов в годовом потоке статей. Средневзвешенные показатели (см. табл. 2) представлены без учета в подготовке статей вклада авторов – сотрудников учреждений, который составил только 36 %. Выявлен высокий процент статей, которые были изданы в журналах по перечню ВАК Минобрнауки России.

Полиномиальный тренд при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,97$) показывал увеличение статей МЦПН (рис. 4). Аналогичная тенденция обнаружена в динамике статей СПбПИ ($R^2 = 0,76$). Ежегодно массив публикаций в МЦПН увеличивался на 48 статей, в СПбПИ – на 7 статей (см. табл. 2). Тренды статей НЦПЗ и НИИПЗ при низких коэффициентах детерминации приближаются к горизонтальным линиям (см. рис. 4).

Таблица 2

Публикационная активность и наукометрические показатели статей
в ведущих учреждениях по психиатрии и наркологии

Показатель	МЦПН	НЦПЗ	НИИПЗ	СПБПИ
Общее число журнальных статей, в том числе:	4546	1592	915	622
• в журналах по перечню ВАК Минобрнауки (%)	3629 (79,8)	1489 (93,5)	837 (91,5)	559 (89,9)
• проиндексированных в WoS или Scopus (%)	826(18,2)	835(52,4)	72 (7,9)	60 (9,6)
Ежегодный прирост числа статей	48	6	0	7
Число авторов статей	9342	4399	1710	1517
Процент авторов – сотрудников учреждения	32,4	29,5	39,0	42,6
Среднее число статей в расчете на 1 автора	0,49	0,36	0,54	0,41
Суммарное число цитирований статей	12 800	9394	2626	1643
Среднее число цитирований в расчете на 1 статью	2,82	5,90	2,87	2,64
Ежегодное уменьшение числа цитирований, приходящихся на 1 автора	0,28	0,36	0,12	0,14
Среднее число цитирований в расчете на 1 автора	1,37	2,14	1,54	1,08
Число статей, процитированных хотя бы 1 раз (%)	2396 (52,7)	894 (56,2)	545 (59,6)	312 (50,2)
Число самоцитирований (%)	2554 (20,0)	1543 (16,4)	778 (29,6)	145 (8,7)
Импакт-фактор журналов, в которых были опубликованы статьи в 2010–2014 гг.	0,544	0,731	0,530	0,476
Индекс Хирша	37	37	20	12
ОИП	1,68	2,64	2,16	2,00

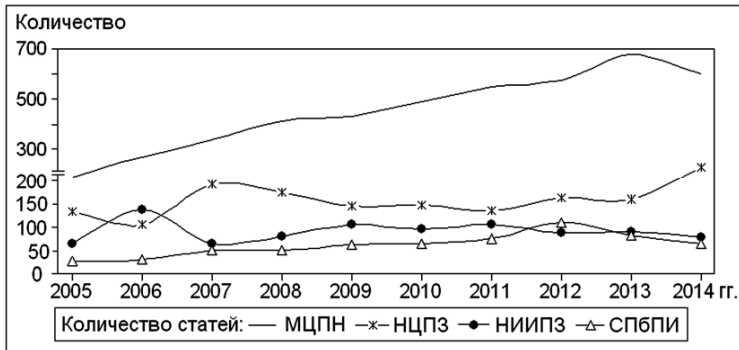


Рис. 4. Динамика количества статей в ведущих учреждениях России по психиатрии и наркологии

В НЦПЗ отмечается высокая доля статей (56,2 %), которые были проиндексированы в WoS или Scopus (см. табл. 2). Уместно заметить, что в общем массиве таких статей было 23,6 %. Как правило, это были статьи,

опубликованные в отечественных журналах, в том числе выходящих на английском языке (рис. 5). Низкий уровень публикаций таких статей наблюдается в СПбНИ и НИИПЗ (см. табл. 2).

№	Название журнала	Число статей
1	Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова	506
2	Bulletin of Experimental Biology and Medicine	90
3	Neuroscience and Behavioral Physiology	89
4	Neurochemical Journal	38
5	Кардиоваскулярная терапия и профилактика	35
6	Вестник Российской академии медицинских наук	33
7	Вопросы психологии	29
8	Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова	29
9	Физиология человека	29
10	Генетика	28

Рис. 5. Ведущие журналы, в которых были опубликованы статьи учреждений по психиатрии и наркологии, индексируемые в WoS CC или Scopus

Следует активизировать направление статей сотрудников в ведущие международные журналы по психиатрии и наркологии. В России дополнительное финансирование авторов, которые опубликовали статьи в международных журналах, входящих в верхние квартили отраслевой значимости по данным WoS CC или SCImago Journal Rank (<http://www.scimagojr.com/>), поддержали более 30 университетов [1].

В табл. 3–6 представлены показатели публикационной активности и наукометрические показатели статей ведущих учреждений страны по психиатрии и наркологии за 10 лет (2005–2014 гг.). Сравнивать публикационную активность МЦПН, который содержит научный потенциал трех учреждений, с другими организациями некорректно, в связи с чем был рассчитан годовой ОИП учреждений. Средневзвешенные показатели в таблицах указаны без учета вклада авторов – сотрудников учреждений в подготовку статей. При расчете ОИП он уменьшался в зависимости от доли авторов – сотрудников учреждений.

Отмечается уменьшение количества цитирований, приходящихся на 1 статью в массивах статей учреждений, что отражает вполне закономерный процесс. Например, статьи, изданные недавно, имеют меньшее количество цитирований. Медиана хронологии цитирования/цитируемости (citing/cited half-life) общего массива статей составила 4 года и 2 мес. Наибольший потенциал цитирований имели статьи МЦПН (см. табл. 3) и НЦПЗ (см. табл. 4).

Таблица 3

Динамика наукометрических показателей журнальных статей МЦПН

Показатель	Год									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Общее число статей	209	268	340	411	432	493	548	574	675	596
Общее число авторов	419	563	681	816	757	1121	1011	1191	1476	1307
Число авторов – сотрудников учреждения (%)	221 (52,7)	218 (38,7)	223 (32,7)	257 (31,5)	260 (34,3)	292 (26,0)	319 (31,6)	341 (28,6)	362 (24,5)	312 (23,9)
Среднее число статей в расчете на 1 автора	0,5	0,48	0,50	0,50	0,57	0,44	0,54	0,48	0,46	0,46
Суммарное число цитирований статей	938	1613	2061	1623	1416	1366	1047	1182	1184	370
Среднее число цитирований 1 статьи	4,49	6,02	6,06	3,95	3,28	2,77	1,91	2,06	1,75	0,62
Среднее число цитирований 1 автора	2,24	2,87	3,03	1,99	1,87	1,22	1,04	0,99	0,80	0,28
Число статей, процитированных хотя бы 1 раз (%)	145 (69,4)	207 (77,2)	222 (65,3)	251 (61,1)	261 (60,4)	266 (54,0)	268 (48,9)	286 (49,8)	312 (46,2)	178 (29,9)
Индекс Хирша	14	19	17	15	16	15	12	12	12	8
ОИП	4,12	3,92	3,35	2,22	2,17	1,29	1,25	1,15	0,85	0,40

Таблица 4

Динамика наукометрических показателей журнальных статей НЦПЗ

Показатель	Год									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Общее число статей	134	106	193	175	145	149	136	163	161	230
Общее число авторов	289	263	427	358	403	340	588	354	535	842
Число авторов – сотрудников учреждения (%)	118 (40,8)	90 (34,2)	162 (37,9)	124 (34,6)	103 (25,6)	109 (32,1)	100 (17,0)	113 (31,9)	139 (26,0)	127 (15,1)
Среднее число статей в расчете на 1 автора	0,46	0,40	0,45	0,49	0,36	0,44	0,23	0,46	0,3	0,27
Суммарное число цитирований статей	944	765	2111	1118	1575	619	1135	322	461	344
Среднее число цитирований 1 статьи	7,04	7,22	10,94	6,39	10,86	4,15	8,35	1,98	2,86	1,5
Среднее число цитирований 1 автора	3,27	2,91	4,94	3,12	3,91	1,82	1,93	0,91	0,86	0,41
Число статей, процитированных хотя бы 1 раз (%)	102 (76,1)	78 (73,6)	133 (68,9)	125 (71,4)	104 (71,7)	93 (62,4)	70 (51,5)	78 (47,9)	83 (51,6)	28 (12,2)
Индекс Хирша	17	15	19	13	15	11	8	10	7	5
ОИП	4,71	3,85	6,46	3,71	4,05	2,26	1,87	1,22	1,18	0,35

Таблица 5

Динамика наукометрических показателей журнальных статей НИИПЗ

Показатель	Год									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Общее число статей	66	139	65	81	106	96	106	87	91	78
Общее число авторов	129	184	113	124	222	202	184	186	179	187
Число авторов – сотрудников учреждения (%)	57 (44,2)	85 (46,2)	53 (46,9)	64 (51,6)	81 (36,5)	56 (27,7)	69 (37,5)	53 (28,5)	64 (35,8)	65 (34,8)
Среднее число статей в расчете на 1 автора	0,51	0,76	0,58	0,65	0,48	0,48	0,58	0,47	0,51	0,42
Суммарное число цитирований статей	118	401	215	275	348	315	301	268	223	92
Среднее число цитирований 1 статьи	2,85	2,88	3,31	3,4	3,28	3,28	2,84	3,08	2,45	1,18
Среднее число цитирований 1 автора	1,46	2,18	1,90	2,22	1,57	1,56	1,64	1,44	1,25	0,49
Число статей, процитированных хотя бы 1 раз (%)	45 (68,2)	66 (47,5)	38 (58,5)	46 (56,8)	70 (66,0)	62 (64,5)	61 (57,5)	58 (66,7)	57 (62,6)	42 (53,8)
Индекс Хирша	7	9	7	8	9	8	10	8	7	4
ОИП	2,43	2,91	2,99	3,53	2,18	1,65	2,11	1,61	1,73	0,91

Таблица 6

Динамика наукометрических показателей журнальных статей СПбПИ

Показатель	Год									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Общее число статей	28	31	49	51	63	66	75	111	82	66
Общее число авторов	48	61	124	82	173	136	237	265	197	194
Число авторов – сотрудников учреждения (%)	35 (0,58)	28 (45,9)	52 (41,9)	48 (58,5)	53 (30,6)	64 (47,1)	57 (24,1)	80 (30,2)	72 (36,5)	75 (38,7)
Среднее число статей в расчете на 1 автора	0,58	0,51	0,40	0,62	0,36	0,49	0,32	0,42	0,42	0,34
Суммарное число цитирований статей	52	90	777	121	136	129	120	149	53	16
Среднее число цитирований 1 статьи	1,86	2,90	15,86	2,37	2,59	1,95	1,60	1,34	0,65	0,24
Среднее число цитирований 1 автора	1,08	1,48	6,27	1,48	0,79	0,95	0,51	0,56	0,27	0,08
Число статей, процитированных хотя бы 1 раз (%)	19 (67,9)	19 (61,3)	33 (67,3)	23 (45,1)	38 (60,3)	41 (62,1)	44 (58,7)	51 (45,9)	31 (37,8)	13 (19,7)
Индекс Хирша	4	4	7	6	7	6	5	6	3	2
ОИП	3,06	2,52	9,72	2,88	1,20	1,89	0,72	0,84	0,62	0,33

На рис. 5 представлена динамика годового показателя ОИП учреждения, который во многом зависит от средневзвешенных показателей. Значимый вклад в ОИП НЦПЗ оказали 2871 цитирование 5 зарубежных статей, опубликованных в ведущих зарубежных журналах Nature и The Lancet и др., СПбПИ – 639 цитирований статьи, изданной в журнале Nature Medicine в 2007 г. Средний годовой показатель ОИП в МЦПН составил $(2,07 \pm 0,42)$ ед., НЦПЗ – $(2,97 \pm 0,60)$, НИИПЗ – $(2,21 \pm 0,25)$, СПбНИ – $(2,38 \pm 0,87)$ ед. Исходя из этих данных, 1-й инновационный ранг получил массив статей НЦПЗ, 2-й – СПбПИ, 3-й – НИИПЗ, 4-й – МЦПН.

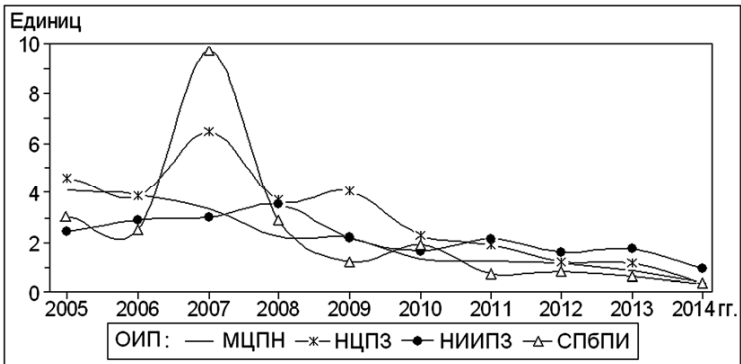


Рис. 5. Динамика показателей ОИП в ведущих учреждениях России по психиатрии и наркологии

В статье [6] также дается сравнительный анализ наукометрических показателей всех публикаций учреждений по психиатрии и наркологии. Лучшие данные были у НЦПЗ, худшие – у НИИПЗ. Если первые совпали с нашими результатами, то вторые – нет. Остальные показатели сравнить не представляется возможным в связи с реорганизацией учреждений.

Представленный алгоритм оценки инновационного вклада сотрудников учреждения в подготовку научных статей носит вероятностный характер. При автоматизированном анализе больших потоков публикаций, безусловно, может возникать так называемый «информационный шум» – ошибки по соотношению авторов и учреждений к научным статьям. Сотрудники НЭБ призывают авторов и учреждения принимать активное участие по исправлению этих неточностей [4].

Заключение

Проведенный алгоритм поиска позволил выявить проиндексированные в Российском индексе научного цитирования в 2005–2014 гг. 4546 журнальных статей аффилированные с Федеральным медицинским исследовательским центром психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, 1592 статьи – с Научным центром психического здоровья, 915 статей – с Научно-исследовательским институтом психического здоровья и 622 статьи – с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева. В связи с разными потенциалами научно-педагогических работников невозможно было провести объективный анализ публикационной активности учреждений. Вычислены средневзвешенные показатели статей. В среднем каждая статья имела по 2,82, 5,90, 2,87 и 2,64 цитирований соответственно. Были процитированы хотя бы один раз 50–60 % статей, то есть ежегодно цитировалась каждая вторая статья.

По данным сконструированного общего инновационного показателя с учетом доли авторов статей – сотрудников учреждения, 1-й инновационный ранг получил массив статей Научного центра психического здоровья, 2-й – Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 3-й – Научно-исследовательского института психического здоровья, 4-й – Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

Необходимо формировать у исследователей России привычку цитировать изученные работы коллег. Ссылки на собственные опубликованные работы минимизируются, их результаты в тексте публикаций необходимо доказывать.

Следует активизировать деятельность учредителей отечественных журналов по продвижению их в мировые реферативно-библиографические базы данных [6]. При направлении статей в ведущие международные журналы по психиатрии и наркологии учреждениям необходимо осуществлять дополнительное финансирование публикационной активности авторов для покрытия их материальных затрат на перевод, предпечатную подготовку и издание.

База данных Научной электронной библиотеки открывает большие информационные возможности для исследователей и практических специалистов. В отдаленном режиме пользователи библиотеки могут воспользоваться 3916 статьями (51,6 %) проанализированного массива научных учреждений России по психиатрии и наркологии, в том числе 3060 статьями (40,3 %) – бесплатно.

Литература

1. Акоев М.А., Маркусова В.А., Москалева О.В., Писляков В.В. Руководство по наукометрии: индикаторы развития наук и технологии : [монография]. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та : Thomson Reuters, 2014. – 249 с.
2. Бредихин С.В., Кузнецов А.Ю., Щербакова Н.Г. Анализ цитирования в библиометрии / НЭИКОН [и др.]. – Новосибирск : М., 2013. – 344 с.
3. Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Анализ диссертаций по специальности 14.01.06 «Психиатрия» (2000–2011 гг.). Психотерапия пограничных и психических расстройств // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 110–142.
4. Еременко Г.О. Российский индекс научного цитирования и информационно-аналитическая система Science Index // Science Index-2012: аналитические инструменты и сервисы для оценки научной деятельности : материалы науч.-практ. конф. – URL: <http://www.elibrary.ru>.
5. Ивушкин А.А. Состояние научных исследований в психиатрии на основании наукометрического анализа публикаций отечественных и европейского съездов психиатров (2000–2007 гг.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 25 с.
6. Кириллова О.В. Редакционная подготовка научных журналов по международным стандартам: рекомендации эксперта БД Scopus. – М. : [Нобель пресс], 2013. – Ч. 1. – 89 с.
7. Немцов А.В., Трушелев С.А., Краснов В.Н. Публикационная деятельность научно-исследовательских институтов в области психиатрии и наркологии в 2006–2013 гг. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2015. – № 1. – С. 85–90.
8. Российский инновационный индекс / под ред. Л.М. Гохберга ; Нац. исслед. ун-т – Высш. шк. экономики (ВШЭ). – М., 2011. – 84 с.
9. Стратегия развития медицинской науки Российской Федерации на период до 2025 г. : распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 г. № 2580-р. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5413>.
10. Цыганов А.В. Краткое описание наукометрических показателей, основанных на цитируемости // Управление большими системами. – 2013. – Спец. вып. 44: Наукометрия и экспертиза в управлении наукой. – С. 248–261.
11. Falagas M.E., Kouranos V.D., Arencibia-Jorge R., Karageorgopoulos D.E. Comparison of SCImago journal rank indicator with journal impact factor // The FASEB J. – 2008. – Vol. 22. – P. 2623–2628.
12. Falagas M.E., Pitsouni E.I., Malietzis G.A., Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses // The FASEB J. – 2007. – Vol. 22, N 2. – P. 338–342.
13. Garfield E. Citation indexes for science. A new dimension in documentation through association of ideas // Science. – 1955. – Vol. 122, N 3159. – P. 108–111.
14. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output // Proceedings of the National Acad. of Sciences. – 2005. – Vol. 102, N 46. – P. 16569–16572.
15. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output that takes into account the effect of multiple coauthorship // Scientometrics. – 2010. – Vol. 85, N 3. – P. 741–754.

Evdokimov V.I., Glukhov V.A., Grigoriev S.G. Publikatsionnaya aktivnost' i nauko-metricheskie pokazateli statei v nauchnykh uchrezhdeniyakh po psikhologii i narkologii (2005–2014 gg.) [Publication activity and scientometric indices of articles from scientific institutions for mental health and narcology (2005–2014)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 61–78.

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
eLIBRARY.RU (Russia, Moscow, Nagatinskaya Str., 1/14);
The Kirov Military Medical Academy
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Evdokimov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: 9334616@mail.ru;

Glukhov Viktor Alekseevich – PhD Techn. Sci., Deputy Director of the eLIBRARY.RU (Russia, 117105, Moscow, Nagatinskaya Str., 1/14); e-mail: publ@elibrary.ru;

Grigoriev Stepan Grigorjevich – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: gsg_rj@mail.ru.

The content of the basic scientometric indices and general innovation publication index has been revealed. The latter is made from mean weighted indices of authors contribution to the article writing, citation and part of article cited at least once. The search algorithm of selected journal publications in psychiatry and narcology of the Russian leading scientific research institutions is presented. During 10 years (2005–2014) the Russian science citation index has listed 4546 journal articles of the Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (FMRCPN), 1592 articles of the Mental Health Research Center (MHRC), 915 articles of the Mental Health Research Institute (MHRI), and 622 articles of the Saint Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute (SPbBPRI). On an average each article has had 2.82, 5.90, 2.87 and 2.64 citations respectively. 50–60 % institution articles were cited at least once. According to the results of general innovation publication index the first rank was assigned to MHRC publications array, the second – to SPbBPRI, the third – to MHRI, the fourth – to FMRCPN. The means of how to enhance publications scientific significance is offered.

Key words: article, citation, general innovation index, Hirsch index, narcology, psychiatry, Russian science citation index, science studies, scientific institution, scientometrics.

References

1. Akoev M.A., Markusova V.A., Moskaleva O.V., Pislyakov V.V. Rukovodstvo po nauko-metrii: indikatory razvitiya nauk i tekhnologii [Guide on scientometrics: Indicators of Science and Technology development]. Ekaterinburg. 2014. 249 p. (In Russ.)
2. Bredikhin S.V., Kuznetsov A.Yu., Shcherbakova N.G. Analiz tsitirovaniya v bibliometrii [Analysis of citations in bibliometrics]. Novosibirsk. 2013. – 344 p. (In Russ.)

3. Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Analiz dissertatsii po spetsial'nosti 14.01.06 «Psikhiatriya» (2000–2011 gg.). Psikhoterapiya pogranichnykh i psikhicheskikh rassstroistv [Review of dissertations on specialty 14.01.06 Psychiatry (2000–2011). Psychiatry of borderline and mental disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2012. N 42. Pp. 110–142. (In Russ.)
4. Eremenko G.O. Rossiiskii indeks nauchnogo tsitirovaniya i informatsionno-analiticheskaya sistema Science Index [Russian Science Citation Index and information-analytical system Science Index]. *Science Index-2012: analiticheskie instrumenty i servisy dlya otsenki nauchnoi deyatel'nosti* [Science Index 2012: analytical tools and services to assess the scientific activities]; Scientific. Conf. Proceedings. URL: <http://www.elibrary.ru>. (In Russ.)
5. Ivushkin A.A. Sostoyanie nauchnykh issledovaniy v psikhologii na osnovanii naukometricheskogo analiza publikatsii otechestvennykh i evropeiskogo s"ezdov psikhiatrov (2000–2007 gg.) [The state of scientific research in psychiatry on the basis of scientometric analysis of domestic and European congresses of psychiatrists (2000–2007)]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2012. 25 p. (In Russ.)
6. Kirillova O.V. Redaktsionnaya podgotovka nauchnykh zhurnalov po mezhdunarodnym standartam: rekomendatsii eksperta BD Scopus [Editorial preparation of scientific journals by international standards: recommendations of Scopus database expert]. Moskva. 2013. Part 1. 89 p. (In Russ.)
7. Hemptsov A.V., Trushchev S.A., Krasnov V.N. Publikatsionnaya deyatel'nost' nauchno-issledovatel'skikh institutov v oblasti psikhologii i narkologii v 2006–2013 gg. *Zhurnal nevrologii i psikhologii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2015. N 1. Pp. 85–90. (In Russ.)
8. Rossiiskii innovatsionnyi indeks [Russian innovation index]. Ed. L.M. Gokhberg. Moskva. 2011. 84 p. (In Russ.)
9. Strategiya razvitiya meditsinskoj nauki v Rossijskoj Federatsii na period do 2025 goda [The strategy of development of medical science in the Russian Federation for the period until 2025] : 28.12.2012 Russian Government Decree 2580-p. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/5413>. (In Russ.)
10. Tsyganov A.V. Kratkoe opisaniye naukometricheskikh pokazatelei, osnovannykh na tsitiruemosti [Brief description of scientometric indicators based on citation]. *Upravlenie bol'shimi sistemami* [Managing large systems]. 2013. Special issue 44: *Naukometriya i ekspertiza v upravlenii naukoj* [Scientometrics and expertise in the management of science]. Pp. 248–261. (In Russ.)
11. Falagas M.E., Kouranos V.D., Arencibia-Jorge R., Karageorgopoulos D.E. Comparison of SCImago journal rank indicator with journal impact factor. *The FASEB J*. 2008. Vol. 22. Pp. 2623–2628.
12. Falagas M.E., Pitsouni E.I., Malietzis G.A., Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *The FASEB J*. 2007. Vol. 22, N 2. Pp. 338–342.
13. Garfield E. Citation indexes for science. A new dimension in documentation through association of ideas. *Science*. 1955. Vol. 122, N 3159. Pp. 108–111.
14. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Acad. of Sciences*. 2005. Vol. 102, N 46. Pp. 16569–16572.
15. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output that takes into account the effect of multiple coauthorship. *Scientometrics*. 2010. Vol. 85, N 3. Pp. 741–754.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.942

А.Н. Алехин, К.И. Пульцина

ТРЕВОГА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФЕНОМЕНА ПОИСКОВОЙ АКТИВНОСТИ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48);

ОАО «Ассоциация разработчиков и производителей систем мониторинга»
(Россия, Санкт-Петербург, 17-я линия В.О., д. 4/6)

В рамках биологии и физиологии особое внимание уделяется феномену поисковой активности как фактору научения и успешной адаптации. В рамках психологии представления о механизме поисковой активности практически отсутствуют. В настоящей статье представлены результаты экспериментального исследования адаптации организма к условиям частичной сенсорной депривации. Рассматривается роль тревоги в активации и формировании поисковой активности в динамике адаптации. На основе анализа особенностей решения психомоторных задач показано значение тревоги в процессе антиципации. Установлена положительная роль тревоги в формировании стратегии поиска и успешной адаптации.

Ключевые слова: психофизиология, поисковая активность, тревога, бдительность, активация, адаптация.

Введение

Поисковая активность – это характеристика поведения, отражающая спонтанную активность живого существа, направленную на освоение непривычной ситуации в отсутствии возможности прогнозировать ее развитие. Поисковая активность является необходимым условием оперантного научения и формирования адаптивного поведения. В психологическом аспекте поисковая активность актуализируется тогда, когда потребности

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

Пульцина Кристина Игоревна – аспирант каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48); мл. науч. сотр., ОАО «Ассоциация разработчиков и производителей систем мониторинга» (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 17-я линия ВО, д. 4/6), e-mail: lewiscarroll65@gmail.com.

субъекта не могут быть удовлетворены привычным способом, то есть стереотипно.

Экспериментально доказано, что поисковая активность – необходимый поведенческий компонент повышения устойчивости организма к вредным воздействиям. Так, при исследовании крыс с активной и пассивной формой самостимуляции было установлено, что пассивное животное не в состоянии формировать стрессовладающее поведение. При введении чужеродного белка в брюшину таких животных у них развивался отек морды, но этого не наблюдалось у животных, использовавших активную самостимуляцию. Роль поисковой активности в качестве стрессовладающего поведения подтверждается и данными о негативном влиянии транквилизаторов седативного действия на эффективность постоперационной реабилитации больных [3].

В аспекте теории научения функцией поисковой активности является выработка адекватных форм поведения в изменившихся условиях жизнедеятельности. Это позволяет рассматривать поисковую активность как фактор адаптации к экстремальным условиям жизнедеятельности.

Поисковая активность как феномен поведения изучалась в рамках физиологии при помощи экспериментов с животными. Такой анализ поведения человека ограничен уже самой сложностью организации человеческого поведения, которое может анализироваться с различных точек зрения (физиологической, психофизиологической, психологической и т. п.). В качестве косвенных признаков пассивно-оборонительных реакций, доминирующих в поведении человека, нередко рассматривают соматоформные и невротические расстройства, возникающие в условиях стресса. Косвенными проявлениями активации для человека считаются признаки напряжения симпатического отдела вегетативной нервной системы, удлинение фазы парадоксального сна, ощущение тревоги и напряжения.

В работах В.С. Роттенберга и В.В. Аршавского, посвященных анализу феномена поисковой активности, описываются механизмы отказа от поиска, формирования пассивно-оборонительных реакций в связи с анализом стрессоустойчивости личности, а также анализируется роль поиска и отказа от него в развитии неврозов и психосоматозов [3]. В настоящей статье представлены результаты анализа динамики поисковой активности в непривычных условиях (герметичный объект).

Определяя поисковую активность как феномен поведения, который актуализируется в непривычных ситуациях, то есть в ситуациях, где привычные формы поведения оказываются неадекватными, анализировалось

поведение испытуемых при длительном пребывании в условиях стендовых испытаний. В ситуации неопределенности актуализируется тревога – состояние, которое, в свою очередь, модулирует процессы восприятия и переработки информации. Показано, что состояние тревоги сопровождается сужением внимания. Человек, испытывающий тревогу, концентрирует внимание либо на тревожных ожиданиях, либо на стимулах, значимых для достижения благополучия (Broadbent, 1988; Mathews, 1993). Гипотезой данного исследования стало предположение о том, что состояние тревоги сопровождается изменениями бдительности и селективности внимания, что необходимо учитывать при анализе функционального состояния и работоспособности человека.

Материал и методы

Условия исследования. В качестве контролируемого воздействующего фактора, провоцирующего поисковое поведение, стала изоляция испытуемых в условиях герметичного стенда. Стенд представляет собой оборудованное для жизни и выполнения работы помещение, разделенное на два отсека площадью (5200 × 5400) и (5200 × 3150) мм, в которых предусмотрено формирование разнообразных факторов обитаемости. Стендовые испытания осуществлялись на базе ОАО «Ассоциация разработчиков и производителей систем мониторинга» (Санкт-Петербург).

Условия жизнедеятельности испытуемых на стенде характеризовались монотонией, гиподинамией, относительной сенсорной и социальной депривацией (отсутствовали сеть Интернет, телевизионное вещание и мобильная связь). Длительность испытаний составила 60 сут. Этапы исследования: первичный фоновый этап наблюдения (за 7 суток до начала герметизации), этап герметизации (3, 14, 28, 36, 46 и 59-е сутки), этап постэкспериментального наблюдения (5-е сутки после окончания герметизации).

Все испытуемые были информированы об условиях и возможных последствиях эксперимента, о возможности выхода из эксперимента на любом этапе. Испытуемыми были подписаны карты информированного добровольного согласия. Организация исследования регламентировалась Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (ВМА). Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека приняты 18-й Генеральной ассамблеей ВМА (г. Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.). Испытания на людях согласованы с этическим заключением № 05/10-15 заседания Комитета по этике при Северном государственном медицинском университете (СГМУ) об одобрении научного исследования

по теме: «Оценка влияния периодического и непрерывного пребывания в условиях измененных газовых сред на организм здоровых лиц» от 19.10.2015 г.

Методики исследования. В процессе испытаний проводилось лонгитюдное клинико-психологическое наблюдение поведения испытуемых, которое дополнялось данными периодических (8) экспериментальных исследований функционального состояния испытуемых. Наблюдение включало период подготовки к испытаниям и период после окончания испытаний.

Для оценки динамики состояния тревоги использовалась шкала ситуативной тревожности Тейлора. Оценка характеристик внимания осуществлялась с помощью реализованных в компьютерной версии тестов психомоторной бдительности (Psychomotor vigilance test). Методика представляет собой 10-минутный тест, где перед человеком стоит задача реагировать на световой раздражитель, появляющийся на экране монитора нажатием клавиши «пробел». Испытуемому дается инструкция реагировать на стимул так быстро, насколько это возможно. Межстимульный интервал варьировался от 2 до 10 с, что позволяло фиксировать состояние бдительности как ожидание появления стимула. В качестве показателей эффективности выполнения тестов использовались показатели среднего времени реакции и ошибок. Ошибки состояли в количестве преждевременных нажатий на клавишу, а также нажатия на клавишу после 500 мс экспозиции стимула [5, 6]. Методика реализовывалась на базе программы PEBL 0.13.

Испытуемые. В исследовании участвовали 6 человек (мужчин), в возрасте от 25 до 51 года. Все они прошли медико-психологический отбор и были признаны здоровыми и профпригодными к условиям длительных стендовых испытаний в измененных условиях среды.

Результатом исследования стал динамический ряд показателей, который анализировался методом множественной регрессии и аппроксимировался полиномиальной функцией (статистический пакет PAST).

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов тестов бдительности показал отсутствие статистически значимых изменений во времени реакции у всех испытуемых (табл. 1). Однако было установлено статистически значимое изменение в количестве совершаемых ошибок в процессе испытаний.

На графиках (рис. 1) представлена динамика количества ошибок (преждевременных реакций), отмечаемая у некоторых испытуемых на протяжении срока испытаний. Результаты сглажены полиномиальной

функцией. Отчетливо наблюдается, что рост ошибок в 1–2-ю неделю испытаний возрастает, потом их количество стабилизируется на некотором уровне, постепенно возвращаясь к уровням фоновых показателей.

Таблица 1
Значения коэффициентов регрессии у испытуемых

Испытуемый	Время реакции		Количество ошибок (нажатия после 500 мс)		Количество ошибок (преждевременные нажатия)	
	R^2	$p =$	R^2	$p =$	R^2	$p =$
1-й	0,10	0,93	0,45	0,50	0,56	0,08
2-й	0,07	0,17	0,84	0,06	0,84	0,60
3-й	0,02	0,20	0,81	0,05	0,87	0,05
4-й	0,89	0,03	0,88	0,03	0,91	0,01
5-й	0,60	0,09	0,41	0,07	0,25	0,34
6-й	0,05	0,12	0,74	0,09	0,89	0,04

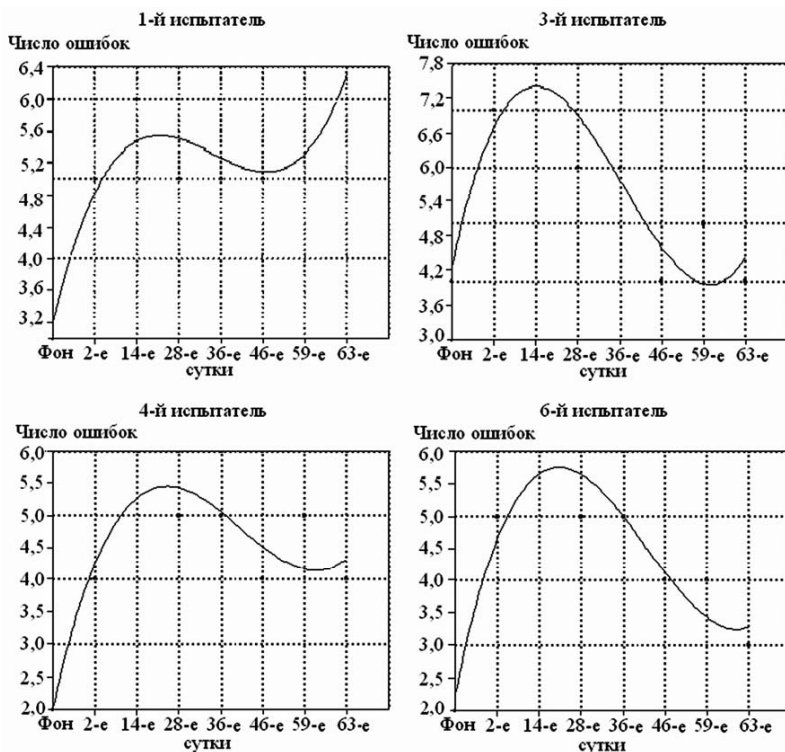


Рис. 1. Динамика преждевременных ошибок в процессе стендовых испытаний

У 4 из 6 испытуемых было выявлено достоверное изменение в количестве ошибок запаздывания – нажатия на клавишу после 500 мс экспозиции стимула. Далее представлены графики, сглаженные полиномиальной функцией (рис. 2).

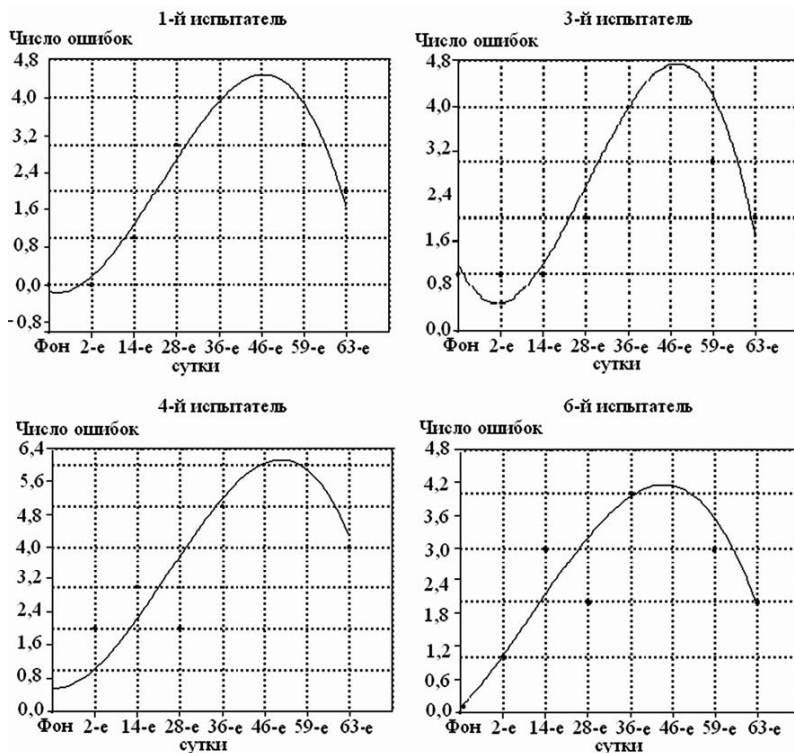


Рис. 2. Динамика запаздывающих ошибок в процессе стендовых испытаний

Нарастание количества опозданий в задачах на бдительность рассматривается в качестве признака снижения чувствительности и активации. Д. Канеманом (1973) было показано, что рост активации привлекает большее количество ресурсов для решения задач, таким образом, снижение активации может являться следствием снижения доступности ресурсов для переработки информации в результате развития утомления [2].

Анализ результатов регрессионного анализа показателей тревожности (табл. 2) позволяет сделать вывод об их достоверном изменении в про-

цессе испытания. На графиках отражен сглаженный характер данных изменений (рис. 3).

Таблица 2
Результаты регрессионного анализа (шкала Тейлор)

Испытатель	R^2	$p =$
1-й	0,24	0,38
2-й	0,80	0,05
3-й	0,79	0,04
4-й	0,82	0,05
5-й	0,46	0,11
6-й	0,82	0,05

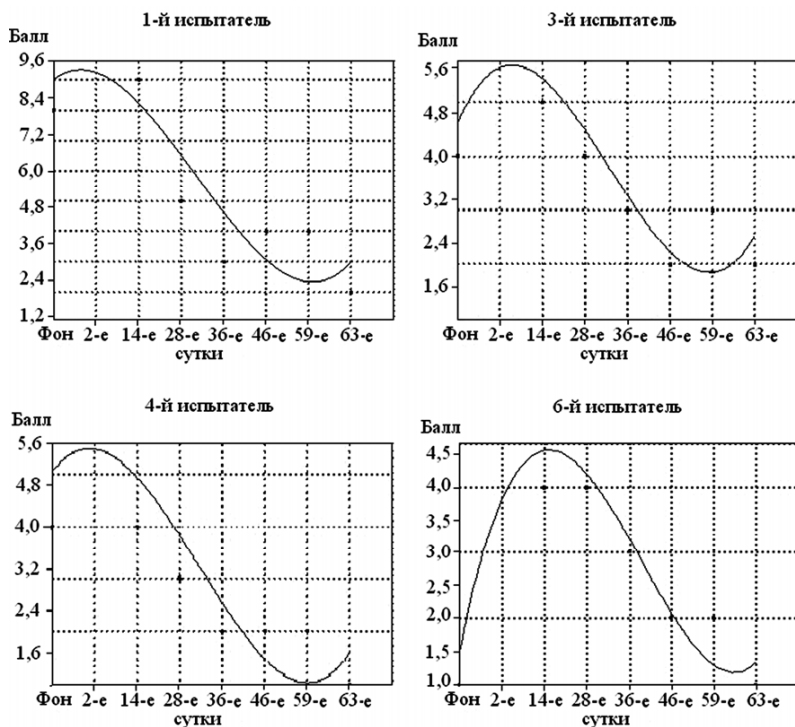


Рис. 3. Динамика переживания тревоги в ходе стендовых испытаний

Достоверные изменения были отмечены у тех же испытуемых, у которых наблюдались и характерные изменения по показателям бдительности-

сти. Во всех рассматриваемых случаях зафиксирован рост ситуативной тревоги на 3–20-е сутки испытаний.

Установлено, что 2–28-е сутки эксперимента характеризуются возрастанием количества ложных тревог в задачах на бдительность, что может рассматриваться как возрастание чувствительности наблюдателя. В этот же период наблюдается инвариантное возрастание показателей тревоги в сравнении с фоновыми показателями.

На 50–60-е сутки эксперимента выполнение сенсорных задач смещается в сторону роста ошибок запаздывания, а показатели тревоги снижаются и становятся ниже фоновых.

Как отмечалось во введении к работе, поисковая активность играет ключевую роль в ходе адаптации человека к меняющимся условиям, определяя успешность данного процесса. Способность к поиску или отказ от него определяют возможность и эффективность обучения новым формам поведения. В ходе исследования были получены данные, уточняющие роль таких процессов, как бдительность и тревога, в ходе адаптации и выработки новых форм поведения.

Полученные эмпирические данные позволяют утверждать, что поисковая активность человека в непривычных условиях жизнедеятельности является обязательным феноменом адаптации к непривычным условиям жизнедеятельности, а ее динамика закономерна. На 1-м этапе эксперимента (3–20-е сутки) отмечается усиление чувства тревоги и расширение критерия принятия решения в сенсорных задачах, что проявляется в увеличении количества ошибок опережения. В этих наблюдениях изменения ошибок носили эпизодический характер, следовательно, тревога на данных этапах выступала в качестве признака поисковой активности. Тревога, таким образом, может рассматриваться в качестве психологического аспекта активации поведения, необходимой для адекватной антиципации стимулов измененной среды жизнедеятельности. Таким образом, начальные этапы адаптации человека к непривычным условиям жизнедеятельности неизбежно сопровождаются переживанием тревоги, которая отражает актуализацию поисковой активности, направленной на освоение непривычных условий.

На 6–7-й неделе испытаний, когда адаптивная перестройка поведения достигнута, тревога снижается, но начинают доминировать ошибки по типу «запаздывания», т. е. ориентировочные реакции – бдительность угасают в условиях монотонии. Отмечаются признаки утомления, увеличение

времени реакции. Это сопровождало угасание активации и переход в состояние покоя.

В медико-психологическом аспекте полученные данные могут быть проанализированы как динамика поисковой активности в рамках адаптации к непривычным условиям существования. Установлено, что динамика поисковой активности носит закономерный характер и в ней отражаются системные механизмы адаптационного процесса, обеспечивающие оптимальное качество регуляции гомеостаза. Проявление этого процесса регистрируется на уровне психологических реакций и состояний, а также на уровне функционального состояния [1].

Основная цель психической адаптации – это поиск и формирование поведения, удовлетворяющего значимые потребности. Ситуация невозможности удовлетворения потребностей привычными способами закономерно приводит к чувству тревоги. Роль тревоги в данном случае двойная. С одной стороны, это сигнал о наличии нарушения, с другой стороны, это активация с целью поиска угроз и возможных способов устранения. Последовательный рост активации не приводит к линейному возрастанию эффективности поведения. Эта зависимость представлена законом Йеркса–Додсона, который адекватен и для состояния тревоги. Тревога, повышая активацию на определенном уровне, может выступать в качестве дистрактора, в то время как «оптимум» тревоги является фактором эффективной антиципации и поисковой активности.

Заключение

В клинической психологии и психопатологии сложилось устойчивое представление о дисфункциональном значении тревоги, которая привычно рассматривается специалистами в качестве признака нарушений психической адаптации человека, а купирование тревоги полагается одной из задач психологической помощи. В условиях экстренной госпитализации, при целом ряде соматических заболеваний, сопровождающихся болью или нарушением функций организма, при начале школьного обучения, на начальных этапах военной службы, в целом в ситуациях, характеризующихся психологической новизной, тревога является облигатным признаком психического состояния.

Между тем, как это показано результатами экспериментальных исследований в условиях стендовых испытаний, тревога может быть понята в качестве психологического аспекта актуализации поисковой активности, являющейся необходимым механизмом адаптации в непривычных услови-

ях жизнедеятельности. Установлено, что возрастание тревоги в процессе адаптации сопровождается усилением способности к антиципации и чувствительности к обнаружению релевантных стимулов [4].

Представленные данные позволяют иначе взглянуть на значение тревоги в процессах адаптации к измененным условиям жизнедеятельности.

Литература

1. Алехин А.Н. Этапы психологической адаптации человека к экстремальным условиям профессиональной деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 76–81.
2. Канеман Д. Внимание и усилие. – М. : Смысл, 2006. – 287 с.
3. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. – М. : Наука, 1984. – 193 с.
4. Ушаков И.Б., Богомолов А.В., Кукушкин Ю.А. Паттерны функциональных состояний оператора. – М. : Наука, 2010. – 390 с.
5. Dinges D.F., Powell J.W., Microcomputer analysis of performance on a portable, simple visual RT task during sustained operations // Behav. Res. Meth. Instrum. Comput. – 1985. – N 6. – P. 652–655.
6. Doran S.M., Van Dongen H.P., Dinges D.F. Sustained attention performance during sleep deprivation: evidence of state instability // Arch. Ital. Biol. Neurosci. – 2001. – Vol. 139. – P. 253–267.

Alekhin A.N., Pultcina K.I. Trevoga, kak psikhologicheskii aspekt fenomena poiskovoi aktivnosti [Anxiety as psychological aspects of the phenomenon search activity]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 79–89.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11);

Public Limited Company "Association of developers and producers of monitoring systems" (Russia, St. Petersburg, 17th line of Basil Island, 4/6)

Alekhin Anatoli Nikolaevich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of department Clinical psychology and psychological care, The Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11); e-mail: termez59@mail.ru;

Pultcina Kristina Igorevna – PhD Student of department Clinical psychology and psychological care The Herzen State Pedagogical University of Russia, Junior Research Associate of the Public Limited Company "Association of developers and producers of monitoring systems" (St. Petersburg, 199034 17th line of Basil Island, 4/6); e-mail: lewisrocarroll65@gmail.com.

Abstract. At the biology and physiology special attention is paid to the phenomenon of search activity as a factor of successful learning and adaptation. Within

the psychology are virtually absent concepts of the mechanism of search activity. This article presents results the experimental research of adaptation to the conditions of partial sensory deprivation. It discusses the role of anxiety and activation in the development of search activity at the adaptation process. At the based on analysis features of solving psychomotor tasks showed the importance of anxiety in anticipation. Found a positive role of anxiety in the formation strategy of search and successful adaptation.

Keywords: search activity, anxiety, alertness, activation, adaptation.

References

1. Alekhin A.N. Etapy psikhologicheskoi adaptatsii cheloveka k ekstremal'nym usloviyam professional'noi deyatel'nosti [Stages of psychological adjustment to extreme settings in humans]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2009. N 3. Pp. 76–81. (In Russ.)
2. Kaneman D. Vnimanie i usilie [Attention and effort] Moskva. 2006. 287 p. (In Russ.)
3. Rotenberg V.S., Arshavskii V.V. Poiskovaya aktivnost' i adaptatsiya [Search activity and adaptation]. Moskva. 1984. 193 p. (In Russ.)
4. Ushakov I.B., Bogomolov A.V., Kukushkin Yu.A. Patterny funktsional'nykh sostoyanii operatora [Patterns of the functional state an operator]. Moskva. 2010. 390 p. (In Russ.)
5. Dinges D.F., Powell J.W., Microcomputer analysis of performance on a portable, simple visual RT task during sustained operations. *Behav. Res. Meth. Instrum. Comput.* 1985. N 6. Pp. 652–655.
6. Doran S.M., Van Dongen H.P., Dinges D.F. Sustained attention performance during sleep deprivation: evidence of state instability. *Archi. Ital. Biol. Neurosci.* 2001. Vol. 139. Pp. 253–267.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

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

Представлены результаты исследования особенностей качества жизни подростков с нарушениями зрения разной степени выраженности на примере 90 подростков 13–15 лет с нарушениями зрения различной нозологии, которые были поделены на три группы: слабовидящие подростки (острота зрения от 0,05 до 0,2); частично слепые подростки (имеющие светоощущение, форменное зрение с остротой зрения от 0,005 до 0,04); тотально слепые подростки с полным отсутствием зрительных ощущений, не имеющие опыта зрения (слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до 3 лет). Обнаружены различия между группами подростков при оценке качества жизни по следующим шкалам: интенсивность боли, физическое функционирование, общее здоровье, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Полученные данные могут иметь практическую значимость при выявлении мишеней психокоррекционной работы для успешной социализации подростков с нарушениями зрения, а также для создания психологически программ для повышения качества жизни данных подростков.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, качество жизни, психодиагностика, SF-36, слепые и слабовидящие подростки.

Введение

Приоритетной задачей современного общества является повышение качества жизни (КЖ) граждан [1, 8, 12, 14]. Специалисты отмечают, что «в мировой цивилизации уже начался новый этап развития – продвижение человечества к “эпохе качества”» [7]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет КЖ как восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [16].

КЖ – система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, условия развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью и реализацией потребностей. Близким к определению КЖ является понятие счастья [4].

Голикова Анна Александровна – аспирант каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48); e-mail: anutagol@mail.ru.

Хроническая патология органов чувств существенно понижает коммуникативные возможности и, как следствие, уровень социальной адаптации и КЖ [17, 19, 20]. В наибольшей степени это относится к заболеванию зрительного аппарата, ведь зрение обеспечивает восприятие человеком основного объема информации [3, 11]. По данным Министерства здравоохранения, в России более 1 млн детей имеют различные нарушения зрения, и с каждым годом количество таких детей растет [5]. Однако работы по оценке КЖ детей с нарушениями зрения практически отсутствуют, несмотря на актуальность и остроту данной проблемы [18, 21]. Такие исследования необходимы для разработки психокоррекционных программ с целью более успешной адаптации детей с нарушениями зрения различного возраста [2, 6, 9, 10, 13, 15].

Актуальность проблемы и недостаточная ее разработанность определили цель данной работы: изучить особенности КЖ подростков с нарушениями зрения.

Материалы и методы

Исследование проводили на базе государственного бюджетного образовательного учреждения «Школа-интернат № 1 им. К.К. Грота» (Санкт-Петербург). Выборку составили 90 подростков 13–15 лет с нарушениями зрения различной нозологии, которых поделили на три группы:

1-я (n = 30) – слабовидящие подростки (острота зрения от 0,05 до 0,2);

2-я (n = 30) – частично слепые подростки (имеющие светоощущения, форменное зрение с остротой зрения от 0,005 до 0,04);

3-я (n = 30) – totally слепые подростки с полным отсутствием зрительных ощущений, не имеющие опыта зрения (слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до 3 лет).

Все обследованные подростки не проживают в школе-интернате, а живут в семьях с родителями. Заполнение опросника частично слепыми и totally слепыми подростками проводилось с помощью шрифта Брайля, слабовидящие подростки использовали плоскочечатный шрифт.

Методом исследования явился «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), который позволяет характеризовать физический и психологический компоненты здоровья, связанные с КЖ респондентов. Все шкалы опросника являются прямыми, кроме шкал «Интенсивность боли», «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности», «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности», которые являются обратными шкалами.

Полученные результаты обработали с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в пакет SPSS 13.0.

Результаты и их анализ

Достоверно значимые различия в показателях качества жизни по тесту SF-36 в группах подростков сведены в таблицу. Данные показывают, что болевые ощущения меньше вмешиваются в повседневную жизнь слабовидящих подростков, в отличие от частично и тотально слепых подростков ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ показателей теста SF-36 у подростков, ($M \pm \sigma$) балл

Показатель теста	Группа			
	1-я	2-я	3-я	p <
Интенсивность боли (BP) (обратный критерий)	87,4 ± 10,7	66,0 ± 26,1	65,0 ± 17,4	(1/3) 0,001 (1/2) 0,001
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP) (обратный критерий)	69,4 ± 19,1	79,2 ± 30,1	58,3 ± 12,0	(2/3) 0,001 (1/3) 0,01
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE) (обратный критерий)	39,8 ± 13,4	38,9 ± 41,2	66,7 ± 27,7	(1/3) 0,001 (2/3) 0,01
Физическая активность (VT)	87,4 ± 15,5	83,8 ± 9,9	95,0 ± 0,1	(1/3) 0,001 (2/3) 0,001
Общее здоровье (GH)	62,4 ± 15,0	59,0 ± 17,6	67,3 ± 2,1	(2/3) 0,01

Отличия между группами также выявляются по шкалам «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» и «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности». Согласно полученным данным, проблемы со здоровьем ограничивают повседневную деятельность тотально слепых подростков чаще ($p < 0,01$), чем слабовидящих. В то же время, тотально слепые учащиеся считают, что их эмоциональное состояние вмешивается в их повседневную жизнь значительно меньше ($p < 0,001$), в отличие от слабовидящих. Также сравнительный анализ аспектов качества жизни слабовидящих и тотально слепых учащихся показал, что последние оценивают объем физической нагрузки, которую они могут выполнить, выше ($p < 0,001$), чем слабовидящие учащиеся. Схожие данные получены при сравнении частично и тотально слепых учащихся: первые оценивают объем выполнимой физической нагрузки ниже ($p < 0,001$), чем вторые.

При сравнении групп частично слепых и тотально слепых подростков было выявлено, что значимые различия существуют по шкалам «Общее

здоровье», «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» и «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности».

Частично слепые считают, что проблемы со здоровьем в большей степени ограничивают их при выполнении повседневных задач ($p < 0,001$), в отличие от тотально слепых, которые отмечают меньший вклад проблем со здоровьем в повседневное функционирование. Последние оценивают влияние их эмоционального состояния на ежедневную деятельность меньше ($p < 0,01$), чем частично слепые, которые отмечают значимое влияние эмоций и настроения на их продуктивность при выполнении повседневных задач. Сравнительный анализ показал, что тотально слепые подростки значимо выше оценивают общее состояние своего здоровья ($p < 0,01$), чем частично слепые учащиеся.

Выводы

Таким образом, были выявлены следующие особенности, касающиеся различных аспектов качества жизни подростков с нарушениями зрения:

- субъективное ощущение боли у частично и тотально слепых подростков значимо сильнее, чем у слабовидящих;

- оценка собственной физической активности тотально слепыми учащимися больше, по сравнению как с частично слепыми, так и со слабовидящими подростками;

- роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности оценивается тотально слепыми учениками выше, чем подростками из других групп;

- тотально слепые подростки меньше ценят роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, чем и частично слепые, и слабовидящие ученики;

- частично слепые подростки оценивают общее состояние своего здоровья как значимо худшее, чем тотально слепые.

Полученные данные об особенностях качества жизни подростков с нарушениями зрения могут иметь практическую значимость при выявлении мишеней психокоррекционной работы для успешной социализации подростков с нарушениями зрения.

Литература

1. Басиев В.А., Астахова З.Т. Улучшение системы реабилитации и качества жизни больных с ишемической болезнью сердца // В мире науч. открытий. – 2012. – № 5-3. – С. 127–136.

2. Говорухина А.А., Попова М.А., Щербакова А.Э. Системный анализ психологического состояния и качества жизни участников образовательного процесса в Югре // В мире науч. открытий. – 2012. – № 5. – С. 175–190.
3. Доника А.Д., Зимовец С.В. Качество жизни пациентов офтальмологического профиля // Междунар. журн. эксперим. образования. – 2011. – № 3. – С. 99.
4. Евдокимов В.И., Федотов А.Н. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 63–71.
5. Жихарев А.М. Воспитательная работа в школе-интернате для слепых детей : книга для воспитателя (из опыта работы). – М. : Просвещение, 1984. – 126 с.
6. Калинина Е.А., Перепелкина Н.Ю., Ефимова С.В. Изучение качества жизни среди подростков (на примере г. Оренбурга) // Мед. альманах. – 2011. – № 6. – С. 25–27.
7. Кондрашенкова С.В. Феномен качества жизни с точки зрения субъектно-средового подхода // Вестник КРАУНЦ (Камчатской регион. ассоциации «Учебно-научный центр»). Серия: Гуманит. науки. – 2012. – № 2. – С. 107–113.
8. Молчанова Е.В. Методологические подходы к изучению и оценке здоровья населения // В мире науч. открытий. – 2012. – № 2.2. – С. 25–42.
9. Нефедовская Л.В. Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения // Вопр. современной педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 9–13.
10. Ольхина Е.А., Медведева Е.Ю. Из опыта работы с молодыми родителями, воспитывающими детей с нарушениями зрения // Современные пробл. науки и образования [Электронный ресурс]. – 2014. – № 6. – Статья 1554. – URL: <http://www.science-education.ru>.
11. Плаксина Л.И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения : учеб. пособие. – М. : РАОИКП, 1999. – 40 с.
12. Пустобаева О.Н. Категория качества в рамках исторического развития общества // В мире науч. открытий. – 2012. – № 5. – С. 241–266.
13. Туровинина Е.Ф., Соловьева С.В., Логинова Н.В. [и др.]. Влияние преемственности этапов реабилитационной помощи на качество жизни детей с детским церебральным параличом в Тюменской области // В мире науч. открытий. – 2014. – № 2 (50). – С. 330–336.
14. Хуснутдинова В.Ш. Важнейшие пути оптимизации воздействия здоровья на качество жизни населения в современных условиях // В мире науч. открытий. – 2013. – № 11(47). – С. 216–223.
15. Чепурышкин И.П. Социально-педагогические аспекты моделирования абилитационно-воспитательного пространства школы-интерната для детей с особыми образовательными потребностями как императив качества их образования // В мире науч. открытий. – 2010. – № 4-18. – С. 159–161.
16. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // European Psychiatry. – 1994. – Vol. 9, Suppl. 1. – P. 68–76.
17. Boulton M., Haines L., Smyth D. Health-related quality of life of children with vision impairment or blindness // Developmental Medicine & Child Neurology. – 2006. – Vol. 48, N 8. – P. 656–661.

18. Gaspar T., Ribeiro JP., de Matos MG. Health-related quality of life in children and adolescents: subjective well being // *J. of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. – 2009. – Vol. 9, N 1. – P. 33–48.

19. Kempen GI., Balleman J., Ranchor AV. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community living older adults seeking vision rehabilitation services // *Quality of Life Research*. – 2012. – Vol. 21, N 8. – P. 1405–1411.

20. Rasmeem K. Chadha, Ahalya Subramanian. The Effect of Visual Impairment on Quality of Life of Children Aged 3–16 // *British J. of Ophthalmology*. – 2011. – Vol. 95, N 5. – P. 642–645.

21. Solans M., Pane S., Estrada M. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: a Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments // *Value in Health*. – 2008. – Vol. 11, N 4. – P. 742–764.

Golikova A.A. Kachestvo zhizni podrostkov s narushenijami zrenija [Quality of life in adolescents with visual impairment]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 90–97.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)

Golikova Anna Aleksandrovna – PhD student of the Chair of Clinical psychology and Psychological Care Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48); e-mail: anutagol@mail.ru.

Abstract. The research results on quality of life in adolescents with visual impairment are provided. The sample included 90 adolescents 13–15 years with visual impairment, which were divided into three groups : visually impaired teenagers (visual acuity of 0.05 to 0.2); partially blind adolescents (have light perception, visual acuity of 0.005 to 0.04); totally blind teenagers with a complete lack of visual sensations, no visual experience (born blind or blinded up to 3 years). The difference in quality of life between the groups was founded in Bodily pain, Physical Functioning, General Health, Role-Physical Functioning and Role-Emotional assessment. Help to identify areas for development and correction to integrate visually impaired teenagers in society; creation of psychological programs to improve quality of life in adolescents with visual impairment.

Keywords: medical (clinical) psychology, quality of life, psychodiagnostic, SF-36, visually impaired adolescents.

References

1. Basiev V.A., Astakhova Z.T. Uluchshenie sistemy reabilitatsii i kachestva zhizni bol'nykh s ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa [Rehabilitation system and quality of life improvement in patients with coronary artery disease]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2012. N 5.3. Pp. 127–136. (In Russ.)

2. Govorukhina A.A., Popova M.A., Shcherbakova A.E. Sistemnyy analiz psikhologicheskogo sostoyaniya i kachestva zhizni uchastnikov obrazovatel'nogo protsessa v Yugre [Systematic analysis of psychological status and quality of life of the participants of the educational process in Ugra]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2012. N 5. Pp. 175–190. (In Russ.)
3. Donika A.D., Zimovets S.V. Kachestvo zhizni patsientov oftal'mologicheskogo profilya [Quality of life in ophthalmic profile patients]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [Experimental Journal of International Education]. 2011. N 3. P. 99. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Fedotov A.N. Metodologicheskie aspekty sub"ektivnoi otsenki kachestva zhizni [Methodological aspects of subjective life quality assessment]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2008. N 4. Pp. 63–71.
5. Zhikharev A.M. *Vospitatel'naya rabota v shkole-internate dlya slepykh detey. Kniga dlya vospitatelya (Iz opyta raboty)*. [Educational work at the boarding school for blind children. A book for teachers (Experience)]. Moscow. 126 p. (In Russ.)
6. Kalinina E.A., Perepelkina N.Yu., Efimova S.V. Izuchenie kachestva zhizni sredi podrostkov (na primere g. Orenburga) [The study of quality of life among teenagers (the example of Orenburg)]. *Meditsinskiy al'manakh* [Medical almanac]. 2011. N 6. Pp. 25–27. (In Russ.)
7. Kondrashenkova S.V. Fenomen kachestva zhizni s tochki zreniya sub"ektno-sredovogo podkhoda [The phenomenon of the quality of life in terms of subject - environmental approach]. *Vestnik KRAUNTs. Gumanitarnye nauki* [J. Collection of Scientific Works of KRASEC. Section "The Humanities"]. 2012. N 2. Pp. 107–114. (In Russ.)
8. Molchanova E.V. Metodologicheskie podkhody k izucheniyu i otsenke zdorov'ya naseleniya [Methodological approach to citizen's health study and assessment]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2012. N 2.2. Pp. 25–42. (In Russ.)
9. Nefedovskaya L.V. Issledovanie kachestva zhizni detey s narusheniyami zreniya [Quality of life in visually impaired children]. *Voprosy sovremennoy pediatrii* [Current Pediatrics]. 2009. N 1. Pp. 9–13 (In Russ.)
10. Ol'khina E.A., Medvedeva E.Yu. Iz opyta raboty s molodymi roditelyami, vospityvayushchimi detey s narusheniyami zreniya [From the experience of working with young parents of children with visual impairments]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2014. N 6. Art. 1554. URL: <http://www.science-education.ru>. (In Russ.)
11. Plaksina L.I. *Psikhologo-pedagogicheskaya kharakteristika detey s narusheniem zreniya*. [Psycho-pedagogical characteristics of children with visual impairment]. Moscow. 1999. 40 p. (In Russ.)
12. Pustobaeva O.N. Kategoriya kachestva v ramkakh istoricheskogo razvitiya obshchestva [Quality classwithin the historical development of society]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2012. N. 5. Pp. 241–266. (In Russ.)

13. Turovinina E.F., Solov'eva S.V., Loginova N.V [et al.]. Vliyanie priemstvennosti etapov reabilitatsionnoy pomoshchi na kachestvo zhizni detey s det-skim tserebral'nym paralichom v Tyumenskoy oblasti [The effect of the stages succes-sion of rehabilitation assistance on the quality of life in children with cerebral palsy in the Tyumen region]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2014. N 2. Pp. 330–336. (In Russ.)

14. Khusnutdinova V.Sh. Vazhneyshie puti optimizatsii vozdeystviya zdorov'ya na kachestvo zhizni naseleniya v sovremennykh usloviyakh [The most important ways to optimize the impact of health on quality of life in modern conditions]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2013. N 11. Pp. 216–223. (In Russ.)

15. Chepuryskin I.P. Sotsial'no-pedagogicheskie aspekty modelirovaniya abili-tatsionno-vospitatel'nogo prostranstva shkoly-internata dlya detey s osobymi obra-zovatel'nymi potrebnyami kak imperativ kachestva ikh obrazovaniya [Social-pedagogical aspects of modeling habilitation and educational space of the boarding school for children with special educational needs as an imperative quality of their education]. *V mire nauchnykh otkrytiy* [In the world of scientific discoveries]. 2010. N 4-18. Pp. 159–161. (In Russ.)

16. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment. *European Psychiatry*. 1994. Vol. 9, Suppl. 1. Pp. 68–76.

17. Boulton M., Haines L., Smyth D. Health-related quality of life of children with vision impairment or blindness. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2006. Vol. 48, N 8. Pp. 656–661.

18. Gaspar T., Ribeiro JP., de Matos MG. Health-related quality of life in chil-dren and adolescents: subjective well being. *J. of Cognitive and Behavioral Psycho-therapies*. 2009. Vol. 9, N. 1. Pp. 33–48.

19. Kempen GI., Balleman J., Ranchor AV. The impact of low vision on ac-tivities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community living older adults seeking vision rehabilitation services. *Quality of Life Research*. 2012. Vol. 21, N 8. Pp. 1405–1411.

20. Rasmeem K. Chadha, Ahalya Subramanian. The Effect of Visual Impairment on Quality of Life of Children Aged 3–16. *British Journal of Ophthalmology*. 2011. Vol. 95, N 5. Pp. 642–645.

21. Solans M., Pane S., Estrada M., Serra-Sutton V. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: a Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health*. 2008. Vol. 11, N 4. Pp. 742–764.

**ПРОСТРАНСТВЕННАЯ СИНХРОНИЗАЦИЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ МОЗГА У БОЛЬНЫХ
С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА)**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Представлены результаты изучения биоэлектрической активности головного мозга с помощью когерентного анализа у 49 больных в возрасте от 17 до 63 лет, средний возраст – $(33,0 \pm 12,6)$ года, больных с невротическими расстройствами. В ходе исследования установлено, что, несмотря на схожесть пространственной организации электрических сигналов мозга, у больных в сравнении со здоровыми лицами определяются отличительные особенности структуры когерентных связей дельта- и тета-диапазонов, что обусловлено изменением функционального состояния структур мозга, оказывающих влияние на организацию корковой активности. Полученные данные могут способствовать расширению представлений о нейрофизиологических механизмах патогенеза невротических расстройств, дополнить традиционные показатели оценки ЭЭГ и служить основой для разработки дополнительных дифференциально-диагностических критериев установления правильного диагноза.

Ключевые слова: психиатрия, невротическое расстройство, когерентность, электроэнцефалография.

Введение

Протекающие с конца XX в. в нашей стране и во всем мире социально-экономические и политические процессы послужили причиной значительного увеличения ассоциированных со стрессом психических заболеваний и в первую очередь невротических расстройств. Актуальность проблемы невротических расстройств определяется не только их широкой распространенностью, особенно среди лиц трудоспособного возраста, но и возрастающими трудностями в диагностике. Это обусловлено, с одной

Шульц Елизавета Владимировна – канд. мед. наук, науч. сотр. отделения неврозов и психотерапии, С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: elshulc@yandex.ru;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: tania_kar@mail.ru.

стороны, их клиническим патоморфозом, который заключается в появлении стертых, невыраженных форм, полиморфизме клинических проявлений, с другой стороны, многие исследователи отмечают частое присоединение коморбидной патологии. При этом ряд авторов указывает, что правильность верификации диагноза имеет не только теоретическое, но и важное практическое значение, так как позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и в конечном итоге способствует повышению качества оказываемой помощи [8, 10].

В связи со сложностью установления во многих случаях четких границ между невротическими расстройствами и состояниями, протекающими с неврозоподобной симптоматикой, по одним клиническим проявлениям, значительно возрастает роль дополнительных (лабораторно-инструментальных) методов диагностики, среди которых особая роль принадлежит нейрофизиологическим исследованиям и, в частности, электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Одним из широко используемых методов в научно-исследовательской работе является когерентный анализ ЭЭГ, являющийся индикатором функциональных взаимосвязей между различными корковыми областями. Когерентность сигналов мозга является количественным показателем синхронности вовлечения различных зон коры, обеспечивающим интегративную деятельность мозговых структур. Поскольку одним из патогенетических звеньев невротических расстройств является нарушение интегративной деятельности различных систем мозга, изучение меж- и внутриволочных связей головного мозга представляется весьма перспективным и может дать принципиально новую информацию о протекании биоэлектрических процессов мозга, дополнить традиционные показатели оценки ЭЭГ, способствовать расширению представлений о нейрофизиологических механизмах их патогенеза.

Цель исследования – изучение пространственной синхронизации электрической активности мозга с использованием когерентного анализа у больных с невротическими расстройствами с целью построения дифференцированных клинико-диагностических программ.

Материал и методы

Обследовали 49 больных в возрасте от 17 до 63 лет, средний возраст – $(33,0 \pm 12,6)$ года. Мужчин было 16, женщин – 33. Больные находились на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического ин-

ститута им. В.М. Бехтерева. Клиническая систематика изучаемых невротических расстройств по Международной статистической классификации болезней, травм, причин смерти 10-го пересмотра позволила отнести их к диагностической рубрике «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства», включенной в раздел F-4. Распределение пациентов по рубрикам МКБ-10 отражено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных с невротическими расстройствами по МКБ-10

Диагноз	Шифр	Число больных
Фобические и тревожные расстройства	F40	
другие фобические и тревожные расстройства	F40.8	14
Другие тревожные расстройства	F41	
генерализованное тревожное расстройство	F41.1	2
смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	10
Обсессивно-компульсивное расстройство	F42	
другие обсессивно-компульсивные расстройства	F42.8	5
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F43	
посттравматическое стрессовое расстройство	F43.1	1
расстройство приспособительных реакций	F43.2	4
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	F44	
другие диссоциативные (конверсионные) расстройства	F44.8	1
Соматоформные расстройства	F45.0	1
ипохондрическое расстройство	F45.2	1
соматоформная вегетативная дисфункция	F45.3	3
Другие невротические расстройства	F48	
неврастения	F48.0	6
другие уточненные невротические расстройства	F48.8	1

Диагностика невротических расстройств строилась с учетом позитивных и негативных критериев, принятых в современных отечественных исследованиях [9], на основе которых в группу были включены больные с психогенным характером заболевания, наличием неразрешимого внутриличностного конфликта, имевшие в клинической картине эмоционально-аффективные и соматовегетативные расстройства. При этом из группы исключали больных с органическими изменениями головного мозга (резидуальными или текущими), тяжелыми соматическими и эндокринными забо-

леванями, а также имевшие указания на наследственную отягощенность эндогенными заболеваниями.

В качестве контроля обследовали 24 здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст – $(30,7 \pm 10,6)$ года, не имевших в анамнезе невротических расстройств; указаний на наличие органической патологии головного мозга (резидуальной или текущей); соматических, эндокринных и эндогенных заболеваний; признаков нарушения деятельности мозга по данным визуального анализа ЭЭГ. Мужчин было 14, женщин – 10.

Электроэнцефалографическое исследование проводили всем больным однократно при поступлении в стационар в первой половине дня в затемненной комнате. Пациенты располагались в кресле в положении полулежа с закрытыми глазами. Мостиковые электроды накладывали на поверхность головы по системе «10-20», рекомендованной Международной федерацией электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии [16]. Активные электроды располагали в точках Fp₁, Fp₂, F₃, F₄, C₃, C₄, P₃, P₄, O₁, O₂, F₇, F₈, T₃, T₄, T₅, T₆; индифферентные – на мочках левого и правого уха.

Регистрацию ЭЭГ проводили на 19-канальном компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» (фирма «Потенциал», Санкт-Петербург). Частота оцифровки сигналов составляла 250 Гц. Характеристики регистрации ЭЭГ, определяющие частотный состав электрической активности мозга, были следующие: постоянная времени составляла 0,3 с (т. е. частота пропускания по нижним частотам соответствовала 0,5 Гц), частота пропускания по высоким частотам соответствовала 30 Гц. ЭЭГ записывали монополярно с использованием основной схемы отведений на протяжении всей регистрации.

Обработку данных проводили с помощью встроенного сертифицированного пакета программного обеспечения «WinEEG», позволяющего вычислять коэффициенты когерентности по каждому из каналов ЭЭГ для отдельных частотных диапазонов: дельта-активности (0,5–3,9 Гц), тета-активности (4,0–7,9 Гц), альфа-активности (8,0–13,0 Гц), бета-1-активности (13,1–20,0 Гц), бета-2-активности (20,1–30,0 Гц). Материалом для математического анализа служили сигналы отведений Fp₁, Fp₂, F₃, F₄, C₃, C₄, P₃, P₄, O₁, O₂, F₇, F₈, T₃–T₆. Математической обработке подвергали фрагмент ЭЭГ длительностью 30 с, не содержащий физиологических и физических артефактов. Анализируемыми показателями когерентного анализа являлись коэффициенты когерентности (КК) между каждой парой корковых зон по стандартным частотным диапазонам ЭЭГ, значения которых лежат

в пределах 0–1. При КК менее 0,5 уровень когерентности рассматривается как низкий (слабые когерентные связи), при КК от 0,51 до 0,7 – умеренный (средние когерентные связи), при КК выше 0,71 – высокий (сильные когерентные связи). С учетом физико-анатомических особенностей когерентные связи между смежными отведениями ЭЭГ оценивали как короткие, между двумя и более отведениями – как протяженные. В нашем исследовании учитывались лишь высокие уровни когерентности.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS 19. Применяли непараметрические методы статистики с использованием критериев Манна–Уитни. Учитывали результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

При анализе средних значений коэффициентов когерентности фоновой ЭЭГ выявлено, что пространственное распределение сильных когерентных связей у больных с невротическими расстройствами во всех частотных диапазонах, за исключением бета-1, имеет как общие, так и отличительные черты в сравнение со здоровыми лицами.

Дельта-активность. Общим для обеих исследуемых групп явилось отсутствие межполушарных связей и наличие только коротких внутрислобных связей (рис. 1). Высокие значения когерентности в обоих полушариях определялись между переднелобными и заднелобными, заднелобными и центральными, центральными и теменными, средневисочными и задневисочными, а в правом полушарии – между теменной и затылочной, теменной и задневисочной областями. Отличительной особенностью пространственной организации у больных стало наличие дополнительных связей: в левом полушарии – между теменной и задневисочной, теменной и затылочной областями; в правом полушарии – между средневисочной и заднелобной, средневисочной и центральной, средневисочной и теменной областями. При этом между исследуемыми группами определялись достоверные различия значений коэффициентов когерентности в правом полушарии в парах средневисочная- центральная и средневисочная-теменная области (табл. 2).

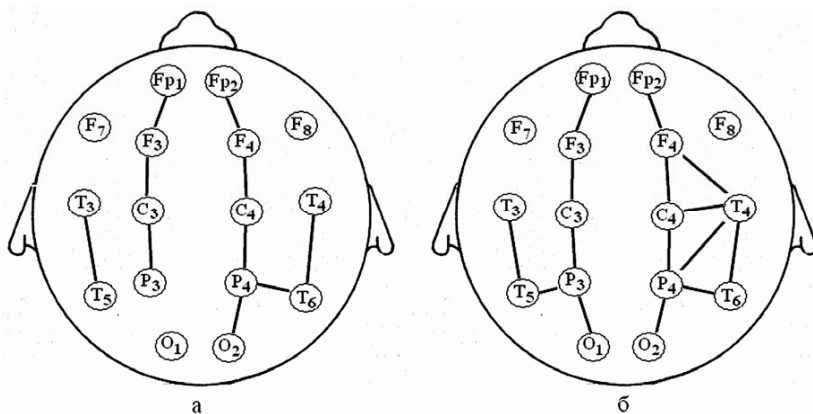


Рис. 1. Пространственная организация сильных когерентных связей ЭЭГ-колебаний дельта-диапазона у здоровых лиц (а) и больных с невротическими расстройствами (б)

Таблица 2
Значения коэффициентов когерентности фоновой ЭЭГ (M, SD)

Частотный диапазон	Пары отведений	Больные	Здоровые	p <
Дельта	C4–T4	0,78 0,14	0,26 0,13	0,05
	P4–T4	0,73 0,15	0,30 0,13	0,05
Тета	F4–T4	0,73 0,14	0,23 0,06	0,05
	F4–P4	0,72 0,12	0,19 0,06	0,05

Тета-активность. Структура когерентных связей в этом диапазоне у обеих исследуемых групп характеризуется отсутствием межполушарных связей и наличием коротких внутриполушарных связей между: передне-лобными и задне-лобными, передне-лобными и передне-височными, задне-лобными и центральными, центральными и теменными, теменными и затылочными, средне-височными и задне-височными, центральными и средне-височными, теменными и задне-височными, теменными и средне-височными областями (рис. 2). В отличие от здоровых лиц, у больных с невротическими расстройствами имеется одна протяженная связь между правыми задне-лобной и теменной областями и короткие связи между левыми передне-височной и задне-лобной и правыми задне-лобной и средне-височной

областями, а также отсутствует связь между правыми затылочной и задневисочной областями. Выявленные достоверные различия представлены в табл. 2.

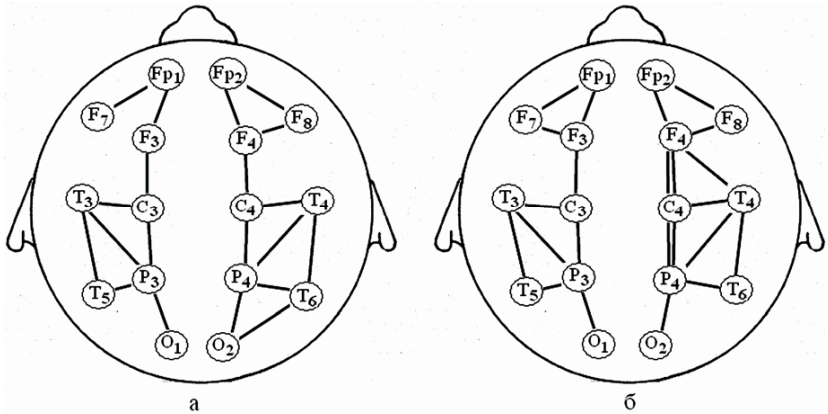


Рис. 2. Пространственная организация сильных когерентных связей ЭЭГ-колебаний тета-диапазона у здоровых лиц (а) и больных с невротическими расстройствами (б)

Альфа-активность. Как видно из рис. 3, у обеих групп имеется одна короткая межполушарная связь между заднелобными областями и множество коротких внутриполушарных связей, соединяющих лобные области (пары переднелобная-заднелобная, переднелобная-передневисочная, передневисочная-заднелобная области) и центральные, теменные, затылочные, средневисочные и задневисочные области (пары центральная-теменная, теменная-затылочная, средневисочная-задневисочная, задневисочная-затылочная, центральная-средневисочная, теменная-задневисочная, теменная-средневисочная). Отличительной особенностью больных с невротическими расстройствами является отсутствие связи между заднелобной и средневисочной областями в правом полушарии, а также между центральными и задневисочными областями в обоих полушариях. Однако выявленные особенности не носят достоверного характера.

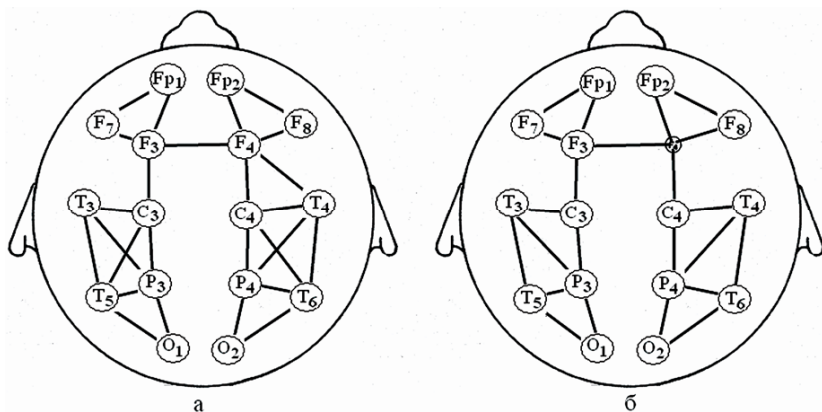


Рис. 3. Пространственная организация сильных когерентных связей ЭЭГ-колебаний альфа-диапазона у здоровых лиц (а) и больных с невротическими расстройствами (б)

Бета-1-активность. Пространственная организация когерентных связей в этом диапазоне у обеих исследуемых групп идентична и характеризуется отсутствием межполушарных связей и наличием коротких внутрислошарных связей между: переднеобными и заднеобными, переднеобными и передневисочными, заднеобными и центральными, центральными и теменными, теменными и затылочными, средневисочными и задневисочными, центральными и средневисочными, теменными и задневисочными, теменными и средневисочными областями (рис. 4).

Бета-2-активность. Общим для обеих групп явилось отсутствие межполушарных связей и наличие коротких внутрислошарных связей между: переднеобными и заднеобными, переднеобными и передневисочными, заднеобными и центральными, центральными и теменными, теменными и затылочными, средневисочными и задневисочными, теменными и задневисочными областями в обоих полушариях, а также между центральными и средневисочными областями в левом полушарии (рис. 5). Отличительной особенностью пространственной организации у пациентов (не достигающей уровня достоверности) стало наличие дополнительных связей между левыми затылочной и задневисочной областями и правыми центральной и средневисочной областями.

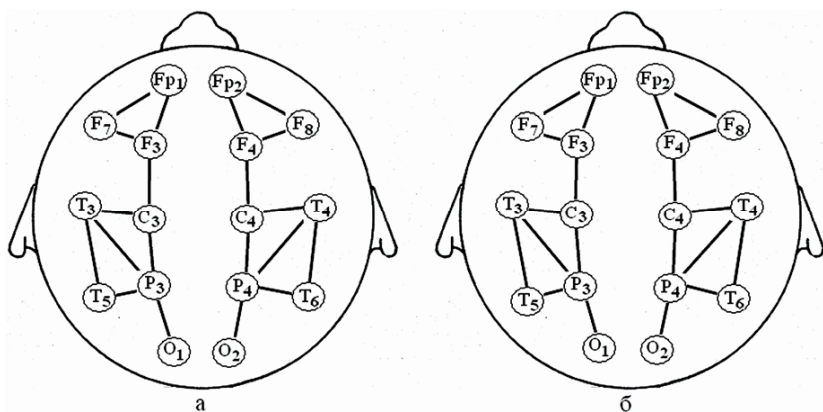


Рис. 4. Пространственная организация сильных когерентных связей ЭЭГ-колебаний бета-1-диапазона у здоровых лиц (а) и больных с невротическими расстройствами (б)

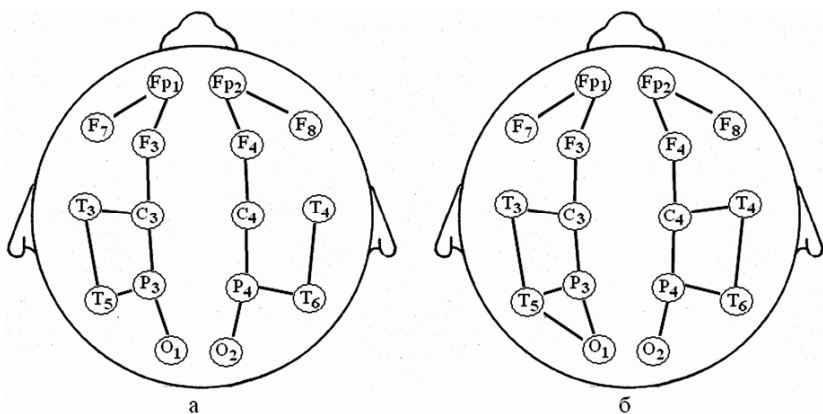


Рис. 5. Пространственная организация сильных когерентных связей ЭЭГ-колебаний бета-2-диапазона у здоровых лиц (а) и больных с невротическими расстройствами (б)

Полученные данные электроэнцефалографического исследования свидетельствуют о том, что у больных с невротическими расстройствами, в отличие от здоровых, имеются особенности пространственной организации когерентных связей основных частотных диапазонов, за исключением бета-1-активности. Наиболее отчетливые изменения касаются дельта- и тета-активности.

В ходе анализа ЭЭГ у больных было обнаружено наличие дополнительных сильных когерентных связей сигналов дельта-диапазона в правом полушарии между средневисочной, центральной и теменной областями. Высокий уровень когерентности является показателем синхронности вовлечения этих корковых зон при их функциональном взаимодействии. По данным литературы такая функциональная активность отдаленных зон коры больших полушарий может возникать за счет наличия общего генератора [14] и быть свидетельством его глубинного расположения [6]. Обнаруженная нами высокая пространственная синхронизация дельта-активности может быть результатом наличия глубинного генератора медленноволновой активности и измененного уровня его функциональной активности, а также свидетельствует о рассогласовании активности неокортекса (зон коры с высокой когерентностью) и нижележащих структур неспецифической системы – таламуса и ретикулярной формации среднего мозга.

Выявленные в результате исследования у больных особенности структуры когерентных связей тета-активности (наличие высокой когерентности между правыми заднелобной, центральной, теменной, средневисочной, задневисочной областями) отражают усиление влияния на кору как со стороны лимбических (в первую очередь септогиппокампальных), так и стороны диэнцефальных (преимущественно переднего гипоталамуса) структур, а большая выраженность изменений в правом полушарии объясняется более тесными его функциональными связями с лимбико-диэнцефальными образованиями [2, 3, 11, 15].

Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных с невротическими расстройствами выявляются признаки дисфункции систем мозга, оказывающих существенную роль на организацию электрической активности головного мозга: ретикулярной формации, неспецифических ядер таламуса и лимбической системы (гипоталамуса и гиппокампа). Обнаруженные данные согласуются с результатами, полученными нами в более ранних исследованиях [12, 13], а также в работах других авторов, установивших особенности организации деятельности мозга у больных с невротическими расстройствами [7].

Заключение

Применение когерентного анализа для изучения электрической активности мозга в данной работе было обусловлено имеющимися в литературе данными, согласно которым в основе патогенеза невротических расстройств лежит рассогласованная работа интегративных систем мозга,

среди которых существенная роль, помимо коры больших полушарий, принадлежит лимбико-ретикулярным структурам [1, 4, 5], что и нашло подтверждение в результатах исследования.

Изучение пространственной синхронизации позволяет оценить деятельность различных систем мозга не только качественно, но и количественно, что найдет широкое применение в клинической практике и дополнит традиционные показатели оценки ЭЭГ. Кроме того, дальнейшее исследование состояния внутри- и межполушарных связей у пациентов с невротическими расстройствами и заболеваниями, протекающими с неврозоподобной симптоматикой, может способствовать выявлению дополнительных дифференциально-диагностических критериев разграничения этих состояний.

Литература

1. Айрапетянц А.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и клинике. – М. : Наука, 1982. – 272 с.
2. Биопотенциалы мозга человека (математический анализ) / под ред. В.С. Русинова. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
3. Болдырева Г.Н., Шарова Е.В., Добронравова И.С. Роль регуляторных структур мозга в формировании ЭЭГ человека // Физиология человека. – 2000. – Т. 26, № 5. – С. 19–34.
4. Ведяев Ф.П. Лимбическая система мозга, эмоциональный стресс и его эндокринно-вегетативные проявления // Вестн. АМН СССР. – 1975. – № 8. – С. 57–65.
5. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. – М. : Наука, 1973. – 268 с.
6. Воронина И.А., Скорятин И.Г., Гриндель О.М. [и др.]. Изменения ЭЭГ в раннем послеоперационном периоде удаления опухоли базально-диэнцефальной локализации // Физиология человека. – 2008. – Т. 34, № 1. – С. 39–45.
7. Голубев В.Л., Корабельникова Е.А., Кудрявцева Е.П. Биоэлектрическая активность мозга у больных с невротическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, № 4. – С. 38–42.
8. Караваева Т. А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Материалы XV съезда психиатров России. – М. : Медпрактика-М, 2010. – С. 102–103.
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
10. Карвасарский Б. Д. Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием [Электронный ресурс]. – СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – С. 6–9. – (1 CD-ROM).
11. Кирой В.Н., Ермаков П.Н. Электроэнцефалограмма и функциональные состояния человека. – Ростов н/Д : Изд-во Рост. ун-та, 1998. – 264 с.

12. Шульц Е.В., Бабурин И.Н., Караваева Т.А. [и др.]. Биоэлектрическая активность мозга у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами (по данным спектрального анализа) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. – 2010. – № 3. – С. 26–31.

13. Шульц Е.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А., Чехлатый Е.И. Дифференциальная диагностика клинико-электроэнцефалографическим методом невротических и церебральных резидуально-органических расстройств с невротоподобными проявлениями // *Вестн. психотерапии*. – 2013. – № 48 (53). – С. 68–79.

14. Щекутьев Г.А. Нейрофизиологические исследования в клинике. – М. : Антидор, 2001. – 232 с.

15. Gray J.A. Multiplebook review of the neuropsychology of anxiety: an enquiry into the function of the septo-hippocampal system // *Behav. And Brain Sci.* – 1982. – Vol. 5, N 3. – P. 469–534.

16. Jasper H. H. The ten-twentyelectrodes systems of the International Federation // *EEG Clin. Neurophysiol.* – 1958. – Vol. 10, N. 2. – P. 371–375.

Shults E.V., Karavaeva T.A. Prostranstvennaya sinhronizatsiya elektricheskikh signalov mozga u bolnykh s nevroticheskimi rasstroystvami (po dannym kogerentnogo analiza) [Spatial synchronization of the electrical signals of the brain in patients with neurotic disorders (according to coherence analysis)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 98–111.

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3)

Shults Elizaveta Vladimirovna – PhD Med. Sci., Research Associate, Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: elshulc@yandex.ru;

Karavaeva Tatiana Arturovna – Dr. Med. Sci., Principal Research Associate. Head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: tania_kar@mail.ru.

Abstract. The results of study of bioelectric activity of the brain by using coherent EEG analysis in 49 patients aged 17 to 63 years, the average age – (33.0 ± 12.6) , with the neurotic disorders. The study found that, despite the similarity of the spatial organization of the electrical signals of the brain in patients in comparison with healthy individuals are determined by distinctive features of the structure of coherent relations in the Delta and theta ranges, due to the change of the functional state of brain structures that influence the organization of cortical activity. The obtained data can contribute to a better understanding of the neurophysiological mechanisms of the pathogenesis of neurotic disorders, to complement traditional measures of EEG assessment and serve as a basis for the development of additional differential diagnostic criteria to establish the correct diagnosis.

Keywords: psychiatry, neurotic disorder, coherence, electroencephalography.

References

1. Airapetyants A.G., Vein A.M. Nevrozy v eksperimente i klinike [The nervousness in the experiment and clinic]. Moskva. 1982. 272 p. (In Russ.)
2. Biopotsialy mozga cheloveka (matematicheskii analiz) [The biopotentials of the human brain (mathematical analysis)]. Ed. V.S. Rusinov. Moskva. 1987. 256 p. (In Russ.)
3. Boldyreva G.N., Sharova E.V., Dobronravova I.S. Rol' regulatorynykh struktur mozga v formirovaniy EEG cheloveka [Regulatory role of brain structures in the formation of human EEG]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2000. Vol. 26, N 5. Pp. 19–34. (In Russ.)
4. Vedyayev F.P. Limbicheskaya sistema mozga, emotsional'nyi stress i ego endokrinno-vegetativnye proyavleniya [The limbic system, the emotional stress and its endocrine and autonomic manifestations]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR* [Annals of the Russian academy of medical sciences]. 1975. N 8. Pp. 57–65. (In Russ.)
5. Vein A.M., Solov'eva A.D. Limbiko-retikulyarnyi kompleks i vegetativnaya regulyatsiya [Limbic-reticular complex and autonomic regulation]. Moskva. 1973. 268 p. (In Russ.)
6. Voronina I.A., Skoryatina I.G., Grindel' O.M. [et al.]. Izmeneniya EEG v ranem posleoperatsionnom periode udaleniya opukholei bazal'no-dientsefal'noi lokalizatsii [Changes of EEG in the early postoperative period, removal of tumors of basal-diencephalic localization]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2008. Vol. 34, N 1. Pp. 39–45. (In Russ.)
7. Golubev V.L., Korabel'nikova E.A., Kudryavtseva E.P. Bioelektricheskaya aktivnost' mozga u bol'nykh s nevrotycheskimi rasstroistvami [Bioelectrical brain activity in patients with neurotic disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2006. Vol. 106, N 4. Pp. 38–42. (In Russ.)
8. Karavaeva T.A. Osnovnye tendentsii izmeneniya psikhoterapevticheskikh i reabilitatsionnykh strategii pri lechenii nevrotycheskikh rasstroistv [Main trends in psychotherapeutic and rehabilitation strategies in the treatment of neurotic disorders]. *Materialy XV s"ezda psikhiatrov Rossii* [Materials of the XV Congress of Russian psychiatrists]. Moskva. Pp. 102–103. (In Russ.)
9. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neurosis]. Moskva. 1990. 576 p. (In Russ.)
10. Karvasarskii B.D. Nevroticheskie i nevrozopodobnye rasstroistva: opyt mul'tidistsiplinarnogo issledovaniya v klinicheskikh i terapevticheskikh tselyakh [Neurotic and neurosis-like disorders: a multidisciplinary research experience in clinical and therapeutic purposes]. *Nevrozy v sovremennom mire. Novye kontseptsii i podkhody k terapii* [Neurosis in the modern world. New concepts and approaches to therapy : proceedings of the scientific.-practical. Conf. with the Intern. participation]: Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 6–9. 1 CD-ROM. (In Russ.)
11. Kiroi V.N., Ermakov P.N. Elektroentsefalogramma i funktsional'nye sostoyaniya cheloveka [Electroencephalogram and functional state of human]. Rostov-na-Donu. 1998. 264 p. (In Russ.)
12. Shul'ts E.V., Baburin I.N., Karavaeva T.A. [et al.]. Bioelektricheskaya aktivnost' mozga u bol'nykh s nevrotycheskimi i nevrozopodobnymi rasstroistvami (po dannym spektral'nogo analiza) [Bioelectrical brain activity in patients with neurotic and

neurosis-like disorders (according to the spectral analysis)]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 3. Pp. 26–31. (In Russ.)

13. Shul'ts E.V., Vakhreneva O.A., Karavaeva T.A., Chekhlatyi E.I. Differential'naya diagnostika kliniko-elektroentsefalograficheskim metodom nevrastenii i tserebral'nykh rezidual'no-organicheskikh rasstroistv s nevrozopodobnymi proyavleniyami [Differential diagnosis clinico-electroencephalographic method of neurasthenia and cerebral residual organic disorders with nevrozo-like manifestations]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 48. Pp. 68–79. (In Russ.)

14. Shchekut'ev G.A. Neirofiziologicheskie issledovaniya v klinike [Neurophysiological studies in the clinic]. Moskva. 2001. 232 p. (In Russ.)

15. Gray J.A. Multiplebook review of the neuropsychology of anxiety: an enquiry into the function of the septo-hippocampal system. *Behav. And Brain Sci.* 1982. Vol. 5, N 3. Pp. 469–534.

16. Jasper H. H. The ten-twentyelectrodes systems of the International Federation. *EEG Clin. Neurophysiol.* 1958. Vol. 10, N. 2. Pp. 371–375.

УДК 159.9 : 616.12-089

А.В. Лакомская

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗНЫЕ ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

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

Болезнь, связанная с угрозой жизни, является для человека стрессовым переживанием, успешному преодолению которого способствует такая личностная характеристика, как жизнестойкость. В исследовании приведено сравнение выраженности жизнестойкости у больных, перенесших разные виды операций на сосудах сердца, и выявлены взаимосвязи с другими психологическими характеристиками респондентов. Сравнительный анализ показателей жизнестойкости не выявил статистически значимых различий между группами больных, перенесших стентирование и шунтирование, однако корреляционный анализ демонстрирует различия в структуре значимых взаимосвязей, что свидетельствует о системных различиях в построении личностного конструкта жизнестойких убеждений в группах мужчин и женщин, перенесших стентирование или шунтирование коронарных сосудов.

Лакомская Анна Владимировна – аспирант каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2), e-mail: lakomskaia@list.ru.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психодиагностика, сердечно-сосудистые заболевания, жизнестойкость, стентирование, шунтирование, психосоматика.

Введение

Реваскуляризация миокарда – коронарное шунтирование, ангиопластика и стентирование коронарных артерий (СКА) – на сегодняшний день является одним из наиболее перспективных и эффективных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из главных задач данного метода является восстановление нормального функционирования человека, повышение качества жизни и возобновление трудовой деятельности больного [1–4].

Число операций по реваскуляризации миокарда растет с каждым годом, что означает, что все больше пациентов подвергается хирургическому вмешательству и проходит через все составляющие кардиологической реабилитации. Само переживание сердечно-сосудистого заболевания является стрессорным фактором для человека, соответственно операция и последующий комплекс процедур по восстановлению становятся для человека кризисным периодом, когда весь организм работает над преодолением негативных переживаний, связанных с болезнью.

Успешность преодоления ситуации заболевания, как с биологической, так и с психологической точки зрения, зачастую зависит от психологических особенностей личности. В период восстановительного лечения человек оказывается наедине со своими страхами и переживаниями, как физическими, так и психическими. В предыдущей нашей статье о мишенях психологической помощи рассматривалась структура личности больного с позиции саморегуляции и через привлечение внимания к такому свойству личности, как субъектность, которая играла важную роль при поведенческой адаптации человека к новым условиям жизни после перенесенной операции [6].

Личностной характеристикой, способствующей успешному преодолению всего комплекса негативных стрессовых воздействий, является также жизнестойкость личности. Высокий уровень жизнестойкости способствует оценке событий как менее травмирующих и успешному совладанию со стрессом [7]. Исследования С. Мадди и С. Кобейса продемонстрировали, что жизнестойкость – личностная характеристика, идея жизнестойкости подразумевает оптимальную реализацию человеком своих психологических возможностей в неблагоприятных жизненных ситуациях, «психоло-

гическую живучесть» и «расширенную эффективность» в этих ситуациях и отражает три жизненные установки: вовлеченность, уверенность в возможности контроля над событиями жизни, а также готовность к риску [9]. Несмотря на активное изучение жизнестойкости российскими и зарубежными исследователями, проблема изучения развития и выраженности данной характеристики у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями остается открытой.

Цель исследования: изучить жизнестойкость и структуру ее корреляционных взаимосвязей с другими психологическими характеристиками у групп больных, перенесших коронарное шунтирование и стентирование коронарных артерий.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 129 человек в возрасте 50–60 лет. Обследовали 62 пациента основной группы, находящихся на санаторно-восстановительном лечении. Мужчин было 32, их средний возраст составил $(56,5 \pm 4)$ года, женщин – 30, средний возраст – $(56,8 \pm 4)$ года. У мужчин 15 больных перенесли стентирование коронарных артерий (СКА), 17 – операцию по аортокоронарному/маммарокоронарному шунтированию (АКШ/МКШ), у женщин – 15 и 15 соответственно. Группой сравнения являлись условно здоровые люди той же возрастной группы, т. е. не имеющие каких-либо хронических заболеваний (30 мужчин и 37 женщин).

Психологические особенности пациентов изучили при помощи психодиагностических методик:

– опросника «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной [8];

– методики диагностики психологического благополучия личности К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевелепковой и П.П. Фесенко;

– теста жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [7];

– шкалы экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер [5].

Полученные результаты обработали с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22. Для выявления различий (сходства) признаков применили U-критерий Манна–Уитни, для выявления значимых взаимосвязей – коэффициент корреляции Спирмена (ρ).

Результаты и их анализ

Сравнительный анализ показателей жизнестойкости не выявил статистически значимых различий между группами больных, перенесших СКА и АКШ/МКШ. Отсутствие различий может объясняться тем фактом, что пациенты с кардиопатологией имеют устойчивую систему жизнестойких убеждений. С точки зрения С. Мадди, жизнестойкость – личностное качество, оно наиболее логично анализируется и интегрируется в рамках разработанной им концепции «hardiness». Через углубление аттитюдов включенности, контроля и вызова (принятия вызова жизни), обозначенных как «hardiness», человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его жизненном пути. Проявление данных характеристик не зависит от степени инвазивности хирургического вмешательства.

При сравнении группы мужчин, перенесших СКА и АКШ/МКШ, с условно здоровыми респондентами также не выявлено статистически значимых различий, однако в группе женщин они есть. Уровень жизнестойкости мужчин с кардиопатологией и условно здоровых мужчин находится в рамках нормы, в то время как жизнестойкость в группе женщин, перенесших реваскуляризацию миокарда, значительно снижена в сравнении с условно здоровыми респондентами того же пола. Полученные данные могут свидетельствовать о полоролевых различиях в психологических характеристиках мужчин и женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ряд авторов отмечает склонность мужчин к проявлению жизнестойких убеждений, которые, с одной стороны, влияют на оценку ситуации, благодаря готовности активно действовать и уверенности в возможности влиять на ситуацию, а с другой стороны, жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей. Демонстрация данных характеристик может быть лишь проявлением социального стереотипа, ожидаемой стойкой реакции мужчин на какие-либо трудности в глазах социума, т. к. мужчины априори должны демонстрировать силу, выносливость и жизнестойкость. В то время как женщины могут проявлять широкий спектр реакций на стрессогенные события жизни, от аффективных до соматических проявлений.

Однако следует обратить внимание на тот факт, что, несмотря на отсутствие статистически значимых различий, существует разница в структуре корреляционных взаимосвязей жизнестойкости с другими психологическими характеристиками пациентов, перенесших СКА и АКШ/МКШ,

что свидетельствует о системных различиях в построении личностного конструкта жизнестойких убеждений.

Корреляционный анализ в группе женщин, перенесших СКА (см. табл. 1), выявил прямые сильные взаимосвязи общего показателя «Жизнестойкость» больных с такими атрибутами субъектности личности, как «Опосредствованность – непосредственность», «Креативность – стандартность», «Самоценность – малоценность» и суммарным показателем уровня развития субъектности (УРСЛ), что может свидетельствовать о том, что высокий уровень жизнестойкости соответствует высокому уровню развития субъектности, и наоборот. Следовательно, жизнестойкость пациенток, перенесших СКА, может быть снижена за счет отсутствия рефлексии, внимания к собственной личности, незнания своих достоинств и недостатков, признания лишь проверенных паттернов поведения, одобренных их социальным окружением.

Таблица 1

Анализ взаимосвязей жизнестойкости в группах пациентов-женщин

	Женщины СКА			Женщины АКШ/МКШ		
	Методика (шкала)	ρ	$p \leq$	Методика (шкала)	ρ	$p \leq$
Жизнестойкость (тест оценки жизнестойкости)	Опросник М.А. Щукиной					
				Автономность – зависимость	0,59	0,05
	Опосредствованность – непосредственность	0,71	0,01	Опосредствованность – непосредственность	0,78	0,01
	Креативность – стандартность	0,61	0,05	Креативность – стандартность	0,56	0,05
	Самоценность – малоценность	0,53	0,05	Самоценность – малоценность	0,60	0,05
	УРСЛ	0,65	0,01	УРСЛ	0,73	0,01
	Методика диагностики психологического благополучия					
	Самопринятие	0,55	0,05	Положительные отношения с другими	-0,52	0,05
	Баланс аффекта	-0,64	0,05	Автономия	0,56	0,05
	Осмысленность жизни	0,72	0,01			
	Шкала экзистенции					
	V (ответственность)	0,73	0,01			
	E (фактор экзистенции)	0,56	0,05			

Взаимосвязи показателя «Жизнестойкость» с субшкалами «Самопринятие», «Осмысленность жизни» и «Баланс аффекта» Методики диагностики психологического благополучия следует рассматривать как зависимость жизнестойких убеждений от принятия женщинами самих себя, наличия уве-

ренности в себе и собственных силах, позитивного отношения к своему прошлому и наличия перспектив в будущем (см табл. 1).

Также в данной группе выявлены взаимосвязи жизнестойкости с такими компонентами шкалы экзистенции, как V (ответственность) и непосредственно с фактором E (экзистенция), что может демонстрировать связь сниженной способности противостоять стрессовому воздействию с тем, что человек не чувствует персональной включенности в жизнь, наличия обязательств перед самим собой и не умеет конструктивно обходиться с внешним миром, т. е. ориентироваться в нем, самостоятельно принимать решения и воплощать их в жизнь (см. табл. 1).

В корреляционной плеяде в группе женщин, перенесших АКШ/МКШ, показатель «Жизнестойкость» имеет сильные прямые взаимосвязи не только с теми же атрибутами субъектности, что и в группе женщин, перенесших СКА, но и со шкалой «Автономность – зависимость», что позволяет предположить, что стойкое совладание со стрессом в данной группе связано с уровнем автономности, то есть в проявлении самостоятельности в решениях и готовности нести за них личную ответственность (см. табл. 1).

Существуют отличия во взаимосвязях с показателями психологического благополучия, например, в плеяде «Жизнестойкость» обратно взаимосвязана со шкалой «Положительные отношения с другими» и прямо взаимосвязана со шкалой «Автономия». Данные взаимосвязи могут объясняться тем, что женщины, перенесшие АКШ/МКШ, склонны преодолевать негативное стрессовое воздействие посредством сепарации от окружающих, умением противостоять социальному давлению, оставаться независимыми от мнения других и рассчитывать только на собственные силы (см. табл. 1).

Основное отличие корреляционных взаимосвязей в группе женщин, перенесших СКА, от группы женщин, перенесших АКШ/МКШ, заключается в том, что первые проявляют жизнестойкость посредством внутриличностных трансформаций, поиском поддержки и силы для противостояния стрессовому воздействию в собственных психологических ресурсах – через принятие себя, поиск перспективы, чувство долга и способность воплощать в жизнь собственные решения, то вторая группа стремится избавиться от внутреннего напряжения через сепарацию, изоляцию от окружающих, возможность проявлять самостоятельность и оценивать себя и сложившуюся ситуацию, исходя из собственных стандартов.

Анализ корреляционных взаимосвязей в группе мужчин показал (см. табл. 2), что выраженность жизнестойкости в группе мужчин, перенесших

СКА, имеет лишь одну обратную взаимосвязь со шкалой «Целостность – неинтегративность» опросника, оценивающего уровень развития субъектности личности. Полагаем, что жизнестойкость у мужчин, перенесших САК, обуславливается преследованием собственных интересов. Такое отношение может также проявляться при ощущении одиночества и непреодолимости барьеров между собой и окружающими, что может способствовать развитию жизнестойкости как компенсаторной реакции.

Таблица 2

Анализ взаимосвязей жизнестойкости в группах пациентов-мужчин

Жизнестойкость (тест оценки жизнестойкости)	Мужчины СКА			Мужчины АКШ/МКШ		
	Методика (шкала)	ρ	$p \leq$	Методика (шкала)	ρ	$p \leq$
				Возраст	-0,50	0,05
	Опросник М.А. Щукиной					
	Целостность – неинтегративность	-0,71	0,01	Целостность – неинтегративность	-0,49	0,05
	Методика диагностики психологического благополучия					
				Управление средой	0,62	0,01
				Цель в жизни	0,49	0,05
				Самопринятие	0,67	0,01
				Баланс аффекта	-0,60	0,05
			Осмысленность жизни	0,56	0,05	
			Общий показатель	0,49	0,05	
Шкала экзистенции						
			F (свобода)	0,63	0,01	
			E (фактор экзистенции)	0,61	0,01	
			G (общий показатель экзистенциальной исполненности)	0,54	0,05	

В то же время корреляционная плеяда в группе мужчин, перенесших АКШ/МКШ, представлена более широким спектром взаимосвязей (см. табл. 2). Например, существует обратная взаимосвязь показателя жизнестойкости с возрастом пациентов, что логично объясняется снижением с возрастом способности к совладанию со стрессом. Также выявлены многочисленные связи с компонентами, характеризующими психологическое благополучие. Мужчины, перенесшие АКШ/МКШ, склонны связывать способность переносить стрессовые воздействия посредством сбалансированной системы представлений о своих достоинствах и недостатках, поддержания позитивного отношения к себе, наличия осмысленности жизни и прошлого опыта, а также целей и перспектив на будущее.

Обнаружена взаимосвязь между жизнестойкими убеждениями и показателями F (свобода), E (фактор экзистенции) и G (общий показатель экзистенциальной исполненности) (см. табл. 2). Ресурсом к стойкому совладанию со стрессом становится способность личности справляться с самой собой и окружающим миром через наличие у человека аутентично обоснованного смысла жизни, согласованию внешних и внутренних требований с собственными ценностями и потребностями.

Заключение

Жизнестойкие убеждения женщин обеих исследованных групп взаимосвязаны с общим уровнем развития субъектности личности и ее отдельных атрибутов. Отличием в структуре корреляционных взаимосвязей в группе женщин, перенесших стентирование коронарных артерий, от группы женщин, перенесших шунтирование, в том, что первые проявляют жизнестойкость, используя внутриличностные изменения, находя силы для противостояния стрессовому воздействию в собственных психологических ресурсах – через принятие себя, чувство долга, ответственность, поиск перспектив в будущем и способность воплощать в жизнь собственные решения. Группа женщин, перенесших аортокоронарное шунтирование, стремится избавиться от внутреннего напряжения через изоляцию от окружающих и уединение, проявлять самостоятельность и оценивать себя и сложившуюся ситуацию, исходя из собственного мнения.

Исследование взаимосвязей жизнестойкости в группе мужчин показало кардинальное различие в структуре корреляционных плед. Мужчины, которые перенесли стентирование коронарных артерий, связывают стрессоустойчивость с разобщением с социумом и преследованием собственных интересов. Они видят непреодолимость барьеров между собой и окружающими здоровыми людьми, что может способствовать развитию жизнестойкости как компенсаторной реакции.

В группе мужчин, перенесших шунтирование коронарных сосудов, корреляционный анализ выявил более широкий спектр сильных взаимосвязей жизнестойкости с психологическими характеристиками. Из чего следует вывод, что жизнестойкость мужчин данной группы поддерживается за счет ресурсов сбалансированной системы компонентов собственного психологического благополучия, адекватной самооценки и осмысленности жизни.

Литература

1. Акчурин, Р.С., Васильев В.П. [и др.] Современная хирургия коронарных артерий // Кардиологический вестн. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 45–49.
2. Бокерия Л.А., Мерзляков В.Ю., Желихажева М.В. [и др.]. Малоинвазивная реваскуляризация миокарда у больных со сниженной сократительной способностью левого желудочка // Анналы хирургии. – 2006. – № 1. – С. 10–14.
3. Демченко Е.А. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические факторы трудового прогноза больных, перенесших стентирование коронарных артерий // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – N 6 (29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения 21.07.2015).
4. Жанатаева Л.Л. Эффективность применения современных методов лечения ишемической болезни сердца // Фундаментальные исслед. – 2012. – № 2. – С. 51–53.
5. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции = Existenzskala // Экзистенциальный анализ. – 2009. – № 1. – С. 141–170.
6. Лакомская А.В. Психологическая помощь больным, перенесшим разные виды операций на сосудах сердца // Вестн. психотерапии. – 2015. – № 55 (60). – С. 96–107.
7. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
8. Щукина М.А. Особенности развития субъектности личности в подростковом возрасте : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 168 с.
9. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness // Consulting Psychology Journal. – Spring. – 1999. – Vol. 51, N 2. – P. 106–117.

Lakomskaya A.V. Zhiznestojkost' bol'nyh, perenessih raznye vidy operacij na sosudah serdca [The hardiness of patients undergoing different types of operations on vessels of heart]. *Vestnik psixoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 111–120.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University
(Russia, Saint-Petersburg, Litovskaya Str., 2)

Lakomskaia Anna Vladimirovna – PhD Student of the Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Russia, 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya Str., 2); e-mail: lakomskaia@list.ru. (SPIN-code: 1177-3576; ORCID: 0000-0003-4637-3235; Researcher ID: G-9369-2015)

Abstract. Disease related threat to the life is a stressful experience for man and the hardiness is a personal characteristic, which contributes to its successful overcoming. The study provides a comparison of expression of hardiness in patients undergoing different types of operations on heart vessels and identified the relationship with other psychological characteristics of the respondents. Comparative analysis of hardiness indicators showed no statistically significant differences between groups of pa-

tients undergoing stenting and bypass surgery, however, a correlation analysis shows the differences in the structure of significant relationships, which indicates systematic differences between building a personality construct of hardy beliefs in groups of men and women who have undergone stenting or bypass grafting of the coronary vessels.

Key words: clinical (medical) psychology, psychognosis, cardiovascular disease, hardiness, stenting, bypass surgery, psychosomatics.

References

1. Akhurin R.S., Vasil'ev V.P. [et al.] Sovremennaya khirurgiya koronarnykh arteriy [Modern surgery of the coronary arteries]. *Kardiologicheskii vestnik* [Kardiologicheskij Vestnik]. 2010. Vol. 5, N 1. Pp. 45–49. (In Russ.)

2. Bokeriya L.A., Merzlyakov V.Yu., Zhelikhazheva M.V. [et al.] Maloinvazivnaya revaskulyarizatsiya miokarda u bol'nykh so snizhennoy sokratitel'noy sposobnost'yu levogo zheludochka [Minimally invasive myocardial revascularization in patients with reduced contractile ability of the left ventricle]. *Annaly khirurgii* [Annals of surgery]. 2006. N 1. Pp. 10–14. (In Russ.)

3. Demchenko E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskie faktory trudovogo prognoza bol'nykh, perenesshikh stentirovanie koronarnykh arteriy [Psychological factors of the labour forecast in patients undergoing stenting of the coronary arteries]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2014. N 6. URL: <http://mprj.ru>. (In Russ.)

4. Zhanataeva L.L. Effektivnost' primeneniya sovremennykh metodov lecheniya ishemicheskoy bolezni serdtsa [Efficiency of application of modern methods of treatment of coronary heart disease]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental research]. 2012. N 2. Pp. 51–53.

5. Krivtsova S.V., Lengle A., Orgler K. Shkala ekzistentsii = Existenzskala. *Ekzistentsial'nyy analiz* [The scale of existence]. 2009. N 1. Pp. 141–170. (In Russ.)

6. Lakomskaya A.V. Psikhologicheskaya pomoshch' bol'nym perenesshim raznye vidy operatsii na sosudakh serdtsa [Psychological care to patients undergoing various types of operations on vessels of heart]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. Pp. 96–107. (In Russ.)

7. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoykosti [The test of hardiness]. Moskva. 2006. 63 p. (In Russ.)

8. Shchukina M.A. Osobennosti razvitiya sub"ektnosti lichnosti v podrostkovom vozraste [Features of the development of the individual subjectivity in adolescence]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg, 2004. 168 p. (In Russ.)

9. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness. *Consulting Psychology J.* 1999. Vol. 51, N 2. Pp. 106–117.

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ

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

Приведены результаты клинико-психологического исследования специфики самоотношения и саморегуляции у студентов с различными уровнями здоровья. Группу с высоким уровнем здоровья составили 283 студентов, средний возраст – $(27,6 \pm 7,5)$ года, женщин было 64,5 %. В группу с более низким уровнем здоровья вошли 76 студентов, средний возраст – $(26,1 \pm 8,3)$ года, женщин было 76 %. Использовались: сконструированная авторами анкета, опросник SCL-90R, методика исследования самоотношения, методика «Стиль саморегуляции поведения». Установлено, что каждый пятый студент имеет нарушения в состоянии психической сферы. Максимально выражены признаки депрессии, тревожности, межличностной сенситивности и обсессивно-компульсивных нарушений. Высокий уровень негативного самоотношения и недостаточность саморегуляции сопровождаются высокими показателями суицидального риска. Даны рекомендации по организации профилактической работы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, студенты, здоровье, психодиагностика, самоотношение, саморегуляция, психические нарушения, суицидальный риск, психопрофилактика.

Введение

Состояние здоровья студентов находится в центре внимания исследователей, поскольку в силу специфики возраста, условий деятельности и высокой интенсивности нагрузок студенты относятся к группе риска по развитию многих патологических состояний, ухудшающих прогноз здоровья и снижающих благополучие личности. Например, исследователями подробно описаны не только особенности употребления различных табачных изделий студентами [20], но и психологические предикторы формирования у них табачной зависимости и отказа от курения [22]. Предметом научного интереса в отношении здоровья студентов также являются как вопросы распространенности заболеваний, передающихся половым путем,

Орлов Дмитрий Константинович – аспирант каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015. г. Чебоксары, Московский пр., 15); e-mail: orlov.dmitriy.konstantinovich@gmail.com;

Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015. г. Чебоксары, Московский пр., 15); e-mail: pzdorovie@bk.ru.

и необходимость контрацепции [25], так и вопросы взаимосвязи ожирения с функциями саморегуляции [23], здорового питания и поведения [27], соотношения проявлений бруксизма с высоким уровнем стресса и жеванием ката, растительного средства, вызывающего зависимость [24].

Значительное влияние на состояние здоровья студентов оказывает стресс. В частности, отмечено, что в годы обучения у студентов прослеживается взаимосвязь между стрессом, совладанием с ним и личностными изменениями [21]. У студентов распространены расстройства адаптации с аффективными, соматическими и поведенческими проявлениями и реакциями, которые могут иметь неблагоприятное развитие. Психопатологическая симптоматика при этом у них выражена незначительно, но сопровождается нарушением социального функционирования [17]. Предшествующий опыт травмы может значительно повышать чувствительность личности к стрессу, тесно связанному с иными, нетравматическими видами стресса и опосредованными им симптомами [26].

Увеличение подверженности студентов стрессу может сопровождаться употреблением ими алкоголя, выступающим в таком случае в качестве одного из способов копинга [26], использование копинг-стратегий «отрицание» и «психическое отстранение» положительно связано у студентов с интернет-зависимостью [19].

Более тщательное исследование психологической склонности студентов к алкоголизации показывает, что на фоне того, что алкоголь употребляют трое из четырех студентов, позитивное отношение к нему обнаруживают около 70 % студентов, а в группе риска по развитию алкогольной зависимости находится каждый пятнадцатый студент [5]. При склонности к химической зависимости и при аутоагрессивном поведении деформирована и имеет негативную направленность система ценностей и коммуникации [4].

Что может двигать студентами при употреблении алкоголя? Ожидание возможности риска и агрессии, усиление собственной «храбрости» в результате приема алкоголя являются предикторами злоупотребления алкоголем у студентов [5], что может быть проявлением личностной неуверенности, неудовлетворенности и негативного самоотношения. Высокая социальная фрустрированность в таком возрасте может также быть связана с более высокой тревожностью, агрессивностью и враждебностью в отношениях, нарушениями волевой и эмоциональной саморегуляции [9].

Таким образом, здоровье личности, так же как и ее адаптационный потенциал, не только соотносится с функциональным состоянием орга-

низма и возможностями адекватного реагирования на неблагоприятные факторы. В основе здоровья личности также находятся разнообразные сочетания личностных характеристик [11], среди которых для нас наибольший интерес представляют особенности самоотношения и саморегуляции. Ведь именно система отношений студента в вузе, наряду с показателями работоспособности и физического состояния, самочувствием, ощущением социальной защищенности, спецификой отношений в семье и духовностью личности, соотносится с профессиональной направленностью будущих специалистов [6–8] и во многом определяет успешность их профессиональной деятельности.

Исходя из этих теоретических предпосылок, *целью исследования* стало изучение особенностей самоотношения и саморегуляции у студентов с учетом различных уровней здоровья.

Материал и методы

Всего в исследовании приняли участие 359 студентов различных курсов, обучающихся в Чувашском государственном университете (г. Чебоксары) по психологическим и медицинским специальностям. В соответствии с целью исследования все обследуемые студенты с учетом уровня здоровья были отнесены к одной из двух исследовательских групп:

- 1-я (n = 283, 78,8 % от общего числа всех студентов), средний возраст – (27,6 ± 7,5) года, мужчин – 35,5 %, женщин – 64,5 %. В эту группу вошли студенты, оцененные нами как имеющие более высокий уровень здоровья. Они не предъявляли жалоб на свое здоровье, выбрали в отношении себя в анкете пункты «абсолютно здоровый», «в общем здоровый человек», «не больной, а имеющий временные проблемы», «болеющий редко», а также показали по опроснику SCL-90R значения индекса симптоматической тяжести (GSI) менее 1 балла;

- 2-я (n = 76, 21,2 % от общего числа всех студентов), средний возраст – (26,1 ± 8,3) года, мужчин – 24 %, женщин – 76 %. Эта группа студентов имела более низкий уровень здоровья, что отмечалось ими самими и было отражено в показателях по психодиагностической методике. Критерием отнесения студентов ко 2-й группе стал их выбор в анкете следующих пунктов в отношении себя: «больной, каких кругом немало», «тяжело больной». Они также набрали по методике SCL-90R значения GSI, равные 1 баллу или более 1 балла, что расценивалось как свидетельство возможного наличия у них симптоматического уровня психопатологических нарушений.

Особенности самоотношения и саморегуляции студентов изучили при помощи психодиагностических методик:

- опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R) [16]. С его помощью определяли актуальный, присутствующий на момент исследования симптоматический психопатологический статус, который считали одним из косвенных показателей психического здоровья личности;

- опросника исследования самоотношения личности (МИС) [13], который позволял изучить особенности структуры самоотношения и эмоционально-оценочной системы личности, направленной в адрес собственного «Я»;

- многошкальной опросной методики В.И. Моросановой «*Стиль саморегуляции поведения*» (ССПМ) для выявления особенностей регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств [10];

- специально разработанной анкеты, позволившей уточнить основные социальные и демографические данные и выяснить отношение студентов к состоянию своего здоровья.

Статистическую обработку данных провели с помощью статистического пакета SPSS 20.0. В таблицах представлены средние арифметические величины и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$). Оценку значимости сходства (различий) средних величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и их анализ

Проведенный анализ позволил выявить достоверно высокий уровень различий между показателями 1-й и 2-й групп по специфике и выраженности самоотношения и саморегуляции. Так, характеризуя самоотношение студентов 1-й группы по сравнению с данными 2-й группы (табл. 1), их можно описать как людей более самоуверенных и самостоятельных ($p < 0,001$). У них хорошо выражена осознанность того, что их судьба находится в их собственных руках. Их цели и побуждения всегда обоснованы и последовательны ($p < 0,001$). Они чаще других считают, что их личность, характер и деятельность обоснованно вызывают в глазах других уважение и симпатию, одобрение и понимание ($p < 0,001$). Они хорошо ощущают ценность собственной личности для себя и окружающих, имеют положительную эмоциональную оценку своего «Я» по внутренним критериям любви, духовности и богатства внутреннего мира ($p < 0,001$). Эти студенты чаще находятся в согласии с самими собой, одобряют свои планы и жела-

ния. Они эмоциональны и, безусловно, принимают себя такими, какие они есть, пусть даже с некоторыми недостатками ($p < 0,001$).

Таблица 1
Показатели самооценок по МИС у студентов, балл

Шкала / фактор	Группа		p <
	1-я	2-я	
Открытость	6,2 ± 1,4	5,4 ± 1,2	0,001
Самоуверенность	7,4 ± 1,9	5,8 ± 1,7	0,001
Саморуководство	6,7 ± 1,6	6,2 ± 1,7	0,001
Отраженное самоотношение	6,6 ± 1,8	5,3 ± 1,7	0,001
Самоценность	8,2 ± 1,7	7,0 ± 2,1	0,001
Самопринятие	6,4 ± 1,7	5,8 ± 1,8	0,001
Самопривязанность	5,8 ± 1,8	5,1 ± 2,0	0,001
Внутренняя конфликтность	4,7 ± 1,5	6,6 ± 1,6	0,001
Самообвинение	4,5 ± 1,7	6,7 ± 2,2	0,001
Фактор самоуважения	6,7 ± 1,7	5,7 ± 1,5	0,001
Фактор аутосимпатии	6,8 ± 1,7	5,9 ± 1,5	0,001
Фактор самоуничужения	4,6 ± 1,6	6,6 ± 1,9	0,001

Студенты 2-й группы (см. табл. 1), имеющие более низкий уровень здоровья, обладают повышенной рефлексивностью и критичностью ($p < 0,001$), испытывают неудовлетворенность собой и своими возможностями ($p < 0,001$). Они недооценивают свое духовное «Я», сомневаются в ценности собственной личности ($p < 0,001$). У них отсутствует согласие с самими собой, они не в состоянии эмоционально принимать себя такими, какие они есть, с недостатками ($p < 0,001$). Они наполнены желанием что-то изменить в себе, стремятся к соответствию с идеальным представлением о себе, постоянно не удовлетворены собой ($p < 0,001$), что отражает наличие внутренних конфликтов ($p < 0,001$). Всегда готовы поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Отсутствие у них аутосимпатии сопровождается негативными эмоциями в собственный адрес, несмотря на высокую самооценку собственных качеств и достижений ($p < 0,001$).

Сравнение показателей саморегуляции у студентов двух групп по методике ССПМ показало, что регуляторные процессы в 1-й группе имеют достоверно более высокие значения, чем по 2-й (табл. 2). Студенты 1-й группы осознанно планируют свою деятельность. Их планы иерархичны, реалистичны и устойчивы, цели для своей деятельности они выдвигают

самостоятельно ($p < 0,01$). При движении к намеченным целям они способны эффективно выделять значимые условия. В условиях изменения образа жизни или работы способны гибко менять модель значимых условий и программу действий ($p < 0,001$). Стремятся постоянно продумывать свои действия и поведение для достижения выбранных целей. Разрабатываемые ими программы обычно детализированы и развернуты ($p < 0,001$), параллельно ими формируются устойчивые субъективные критерии оценки успешности достижения результатов ($p < 0,05$). Более здоровые студенты демонстрируют пластичность регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств они легко перестраивают собственные планы и программы исполнительских действий и поведения ($p < 0,001$).

Таблица 2
Показатели саморегуляции по ССПМ у студентов, балл

Шкала / фактор	Группа		p <
	1-я	2-я	
Планирование	6,3 ± 1,7	5,7 ± 1,9	0,01
Моделирование	5,6 ± 1,9	4,1 ± 1,7	0,001
Программирование	6,1 ± 1,5	5,4 ± 1,7	0,001
Оценки результатов	5,7 ± 1,6	4,9 ± 1,7	0,05
Гибкости	6,4 ± 1,7	5,6 ± 1,7	0,001
Самостоятельности	5,1 ± 1,9	5,4 ± 1,9	–
Общий уровень саморегуляции	30,3 ± 5,1	26,4 ± 5,4	0,001

Основные процессы саморегуляции во 2-й группе студентов, с более низким уровнем здоровья, развиты слабо. Их планы подвержены частой смене, поставленная цель достигается реже. Такие студенты предпочитают меньше задумываться о своем будущем, цели выдвигаются ими ситуативно и, как правило, несамостоятельно ($p < 0,01$). Слабая сформированность процессов моделирования приводит их к неадекватной оценке имеющихся значимых внутренних условий и внешних обстоятельств. У них часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных актуальной ситуации, они не всегда своевременно замечают изменение ситуации ($p < 0,001$).

Из-за неумения и нежелания заранее продумывать последовательность своих действий студенты 2-й группы предпочитают действовать импульсивно, не могут самостоятельно сформировать собственную программу действий, часто сталкиваются с неадекватностью полученных результа-

тов целям деятельности и при этом не вносят изменений в программу действий, предпочитая действовать путем проб и ошибок ($p < 0,001$). Как правило, они не замечают своих ошибок, они не критичны к своим действиям ($p < 0,05$), с трудом привыкают к переменам в жизни, смене обстановки и образа жизни ($p < 0,001$). Они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей ($p < 0,001$) (см. табл. 2).

Обобщая выявленные различия между студентами двух групп, можно отметить, что лица с более низким уровнем здоровья обладают более низкими характеристиками саморегуляции и более высокими показателями негативного самоотношения, что может свидетельствовать о наличии у студентов 2-й группы более высоких рисков развития нарушений психического здоровья.

Для более детального анализа характера возможных нарушений психического здоровья у студентов 2-й группы проведено сравнение их психологических показателей с аналогичными показателями больных с невротическими расстройствами ($n = 143$), представленных в литературе [12]. Данная группа пациентов была выбрана для сравнения в связи с тем, что основные проявления невротических расстройств, включающие повышенную тревожность, соматизацию, обсессивно-компульсивные симптомы, фобии, депрессию, также представлены у студентов 2-й группы.

Сравнение по методике SCL-90R показателей студентов 2-й группы и больных невротическими расстройствами позволило выявить наличие между ними достоверного сходства в выраженности таких симптомов, как: соматизация, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, психотизм (табл. 3).

Студентов с более низкой самооценкой здоровья (2-я группа) можно охарактеризовать как лиц, испытывающих дистресс от осознания нарушений физиологических функций. Практически по всем шкалам опросника SCL-90R у студентов 2-й группы отличий от показателей больных с невротическими расстройствами не найдено (см. табл. 3).

У студентов отмечены определенные признаки снижения настроения, недостаточности мотивации и потери жизненной энергии. Они часто ощущают нервозность, нетерпеливость и внутреннее напряжение, чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Для них также характерны проявления раздражительности, гнева, агрессии, негодования, присутствие фобических страхов, связанных с открытыми пространствами, большим скоплением людей, транспорта. В общении они склонны к ограничению контактов и стремлению к изоляции.

Таблица 3

Показатели SCL-90R во 2-й группе студентов и больных с невротическими расстройствами, балл

Шкала / фактор	Группа		p <
	2-я	больные	
Соматизация	1,6 ± 0,7	1,4 ± 0,7	–
Обсессивность–компульсивность	1,7 ± 0,5	1,5 ± 0,8	0,05
Межличностная сенситивность	1,7 ± 0,7	1,5 ± 0,8	0,05
Депрессия	1,7 ± 0,6	1,6 ± 0,8	–
Тревожность	1,7 ± 0,6	1,6 ± 0,7	–
Враждебность	1,5 ± 0,8	1,4 ± 0,8	–
Фобическая тревожность	1,2 ± 0,8	1,1 ± 0,8	–
Паранойяльные симптомы	1,6 ± 0,8	1,3 ± 0,8	0,01
Психотизм	1,3 ± 0,7	1,3 ± 0,9	–
Общий индекс тяжести	1,6 ± 0,5	1,4 ± 0,7	–

Явным сходством между двумя описываемыми выше группами также является наличие в числе наиболее выраженных у студентов психопатологических симптомов признаков депрессии, межличностной сенситивности, тревожности и обсессивно-компульсивных проявлений (см. табл. 3). Так, студенты 2-й группы имеют более высокие показатели по шкале обсессивно-компульсивных симптомов ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о наличии у них навязчивых мыслей, импульсов, действий и невозможности им противостоять. Также выше и уровень межличностной сенситивности ($p < 0,05$), свидетельствующий о самоосуждении, неловкости, дискомфорте при межличностном взаимодействии. Паранойяльные симптомы ($p < 0,01$), проявляющиеся повышенной подозрительностью, враждебностью, наличием идеи отношений, также имеют достоверно более высокие показатели, чем у больных с невротическими расстройствами.

Для дальнейшего анализа глубины и характера выраженности нарушения самоотношения у студентов 2-й группы проведено сравнение показателей по методике МИС с аналогичными показателями больных с невротическими расстройствами, относящихся к диссоциированному типу личности ($n = 41$), проявляющемуся неустойчивостью всей личностной структуры и более глубокой степенью психической дезадаптации [12].

Как видно из табл. 4, самоотношение студентов 2-й группы можно охарактеризовать как более «проблематичное», чем у больных с невротическими расстройствами. Так, студенты имеют более высокие показатели внутренней конфликтности ($p < 0,05$) и самообвинения ($p < 0,05$), что гово-

рит об их более негативном самоотношении в сравнении с невротическими больными. Для студентов 2-й группы также свойственны более негативные представления о собственной личности и своей деятельности, представления о себе как о людях, не способных вызывать уважение и одобрение со стороны окружающих ($p < 0,01$).

Таблица 4

Показатели МИС во 2-й группе студентов и больных с невротическими расстройствами, относящихся к диссоциированному типу личности, балл

Шкала / фактор	Группа		p <
	2-я	больные	
Открытость	5,4 ± 1,2	5,3 ± 1,6	–
Самоуверенность	5,8 ± 1,7	5,8 ± 1,9	–
Саморуководство	6,3 ± 1,7	5,9 ± 2,3	--
Отраженное самоотношение	5,3 ± 1,7	6,4 ± 2,0	0,01
Самоценность	7,0 ± 2,1	6,4 ± 1,8	–
Самопринятие	5,8 ± 1,8	6,2 ± 1,7	–
Самопривязанность	5,1 ± 2,0	5,5 ± 1,7	–
Внутренняя конфликтность	6,6 ± 1,6	5,8 ± 2,7	0,05
Самообвинение	6,7 ± 2,2	5,8 ± 2,1	0,05
Фактор самоуважения	5,7 ± 1,5	5,8 ± 1,3	–
Фактор аутосимпатии	6,0 ± 1,5	5,9 ± 1,2	–
Фактор самоуничужения	6,6 ± 1,9	5,7 ± 2,0	0,05

Во 2-й группе студентов также выявляются и высокие значения показателей, косвенно свидетельствующих в пользу высокого уровня суицидального риска. Речь идет о дополнительных вопросах методики SCL-90R, имеющих прямое отношение к теме одиночества, апатии, смерти, самоубийства, оценивая ответы на которые, можно получить представление о выраженности суицидального риска у испытуемых (табл. 5).

Таблица 5

Показатели опросника SCL-90R, связанные с фактором суицидального риска, у студентов 2-й группы (0–4 балла)

Пункт опросника	(M ± σ) балл
Мысли о том, чтобы покончить с собой	1,9 ± 1,0
Мысли о смерти	1,1 ± 1,3
Чувство одиночества	2,5 ± 1,1
Ощущение, что будущее безнадежно	2,4 ± 1,1

Оценивая полученные результаты, можно заметить, что у студентов с более низким уровнем здоровья максимально выражено чувство одиночества, которое сопровождается ощущениями безнадежности и бесперспективности будущего, на фоне чего часто возникают не только мысли о смерти, но и о том, чтобы сознательно покончить с собой. Данные характеристики позволяют отнести студентов 2-й группы к лицам, имеющим высокий уровень риска суицидального поведения.

Заключение

Как показало проведенное исследование, каждый пятый студент имеет определенные нарушения в состоянии психической сферы, которые по своей выраженности соотносимы с нарушениями невротического уровня. Такие студенты вполне осознают определенные проблемы со своим здоровьем, на что они указывают при выборе ответов на вопросы специальной анкеты. Данные эмоциональные нарушения затрагивают основной спектр психопатологических проявлений. Максимально значимыми среди них являются признаки депрессии, тревожности, межличностной чувствительности и обсессивно-компульсивных нарушений. Именно поэтому очень настораживают высокий уровень негативного самоотношения таких студентов и недостаточное развитие у них саморегуляции, которые сопровождаются высокими показателями суицидального риска.

Как отмечают исследователи, проблема суицидов особенно остро ощущается в подростковом и юношеском возрасте [18], а наличие психических нарушений является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения самоубийства [3]. Не менее значимая роль во влиянии на риск суицидального поведения также отводится личностным характеристикам [14].

Именно поэтому негативное самоотношение личности, определенное в данном исследовании у студентов с низкими показателями здоровья, может сопровождаться совершением суицидальных действий, что подтверждается литературными данными об изучении лиц, совершивших суицидальную попытку путем отравления. Описано, что у данных суицидентов имеется недостаточная самоосознанность с внутренней конфликтностью и склонностью к самообвинению [1, 2].

На слабо развитые механизмы саморегуляции как фактор суицидального риска также указано в литературном обзоре Е.Т. Соколовой и Ю.А. Сотникова, которые отмечают, что нарушение механизмов саморегуляции является одним из основополагающих факторов выбора суицидаль-

ного поведения. В свою очередь, выработка более сбалансированных стратегий саморегуляции является одним из эффективных методов превенции повторных парасуицидов [15].

Решение данной проблемы видится авторам в проведении, наряду с диспансеризацией, скрининга психического здоровья в вузах страны, в организации более эффективной кураторской и психологической службы в учебных заведениях, повышение компетентности студентов и преподавателей по вопросам психического здоровья, что соответствует имеющемуся отечественному и зарубежному опыту [4, 17, 21, 26].

Литература

1. Абрамова Н.М. Личностные и этнокультурные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 22 с.
2. Абрамова Н.М. Результаты исследования личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 27–37.
3. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. – Барнаул, 2014. – 100 с.
4. Герасимова В.В., Карпов А.М., Грязнов А.Н., Дергунова Д.И. Ценностно-коммуникативная сфера личности при аутоагрессивном поведении // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2011. – № 7. – С. 104–115.
5. Голенков А.В., Андреева А.П. Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2010. – № 6. – С. 37–45.
6. Губина О.И., Евдокимов В.И. Субъективная оценка качества жизни как показатель профессиональной адаптации студентов медицинского вуза // Систем. анализ и упр. в биомед. системах. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 257–260.
7. Евдокимов В.И., Губина О.И., Попов В.И. [и др.]. Методика оценки психического здоровья и показатели адаптации студентов ВГМА // Систем. анализ и упр. в биомед. системах. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 457–460.
8. Евдокимов В.И., Губина О.И., Федотов А.Н. Изучение качества жизни и адаптации у студентов медицинского вуза // Вестн. новых мед. технологий. – 2006. – Т. 13, № 3. – С. 167–169.
9. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Особенности агрессивных проявлений у подростков с различными типами акцентуаций в условиях социальной фрустрированности // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 21–30.
10. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ). – М. : Когито-Центр, 2004. – 44 с.
11. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 18–32.

12. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – 148 с.
13. Пантилеев С.Р. Методика исследования самооотношения. – М. : Смысл, 1993. – 32 с.
14. Смирнов М.В. Психологическая диагностика суицидального риска у сотрудников органов внутренних дел : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 29 с.
15. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // *Вопр. психологии.* – 2006. – № 2. – С. 103–115.
16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 272 с.
17. Шифнер Н.А., Бобров А.Е., Кульгина М.А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов // *Вестн. психиатрии и психологии Чувашии.* – 2012. – № 8. – С. 43–61.
18. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
19. Chou W.P., Ko C.H., Kaufman E.A. [et al.]. Association of stress coping strategies with Internet addiction in college students: The moderating effect of depression // *Compr. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 62. – P. 27–33.
20. Creamer M.R., Perry C.L., Harrell M.B., Diamond P.M. Trends in multiple tobacco product use, among high school students // *Tob. Regul. Sci.* – 2015. – Vol. 1, N 3. – P. 204–214.
21. Fornés-Vives J., Garcia-Banda G., Frias-Navarro D., Rosales-Viladrich G. Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study // *Nurse Educ. Today.* – 2015. – August 23. – [Epub ahead of print].
22. Karimy M., Zareban I., Araban M., Montazeri A. An extended theory of planned behavior (tpb) used to predict smoking behavior among a sample of Iranian medical students // *Int. J. High Risk Behav. Addict.* – 2015. – Vol. 4, N 3. – e24715.
23. Qavam S.E., Anisan A., Fathi M., Pourabbasi A. Study of relationship between obesity and executive functions among high school students in Bushehr, Iran // *J. Diabetes Metab. Disord.* – 2015. – Vol. 14. – Article ID 79.
24. Quadri M.F., Mahnashi A., Al Almutahhir A. [et al.]. Association of awake bruxism with khat, coffee, tobacco, and stress among Jazan University students // *Int. J. Dent.* – 2015. – Vol. 2015. – Article ID 842096.
25. Tiblom Ehrsson Y., Stenhammar C., Rosenblad A. [et al.]. Self-reported sexually transmitted infections among female university students // *Ups. J. Med. Sci.* – 2015. – October 22. – P. 1–5.
26. Woolman E.O., Becker M.M., Klanecky A.K. PTSD symptoms mediate academic stress and drinking to cope in college students // *J. Drug Educ.* – 2015. – Vol. 45, N 2. – P. 96–112.
27. Yahia N., Wang D., Rapley M., Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students // *Perspect. Public Health.* – 2015. – October 16. – [Epub ahead of print].

Orlov D.K., Nikolaev E.L. Osobennosti samootnosheniya i samoregulyatsii u studentov s razlichnym urovnem zdorov'ya [Characteristics of self-attitude and self-regulation in students with different levels of health]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 121–135.

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

Orlov Dmitrii Konstantinovich – post-graduate student of Social and Clinical Psychology Chair, The Ulianov Chuvash State University (Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky Ave., 15); e-mail: orlov.dmitriy.konstantinovich@gmail.com;

Nikolaev Evgeni Lvovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Social and Clinical Psychology Chair, The Ulianov Chuvash State University (Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky Ave., 15); e-mail: pzdorovie@bk.ru.

Abstract. The results of clinical and psychological study of self-attitude and self-regulation characteristics in students with different levels of health are presented. The group of respondents with high level of health included 283 students (mean age was 27.6 ± 7.49 , 64.5 % were women). The group with lower level of health included 76 respondents (mean age was 26.1 ± 8.27 ; 76.0 % were women). A special survey, SCL-90R, Method for self-attitude study, "Style of behavior self-regulation" questionnaire were used. It was found that every fifth student has some sort of mental disturbances. The most expressed symptoms are depression, anxiety, interpersonal sensitivity and obsessive-compulsive disorders. High levels of negative self-attitude and insufficiency of self-regulation are accompanied by high rates of suicide risk. Recommendations on the organization of preventive work are given.

Key words: clinical (medical) psychology, students, health, psychological diagnostics, self-attitude, self-regulation, mental disorders, suicide risk, prevention.

References

1. Abramova N.M. Lichnostnye i etnokul'turnye osobennosti lits, sovershivshikh suitsidnye popytki putem otravleniya (po materialam bol'nitsy skoroi meditsinskoj pomoshchi g. Cheboksary) [Personal and ethnocultural characteristics of perpetrators of suicidal attempts by poisoning (based on Cheboksary emergency hospital)]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2005. 22 p. (In Russ.)
2. Abramova N.M. Rezul'taty issledovaniya lichnosti suitsidentov s pomoshch'yu Yastrukturnogo testa Ammona (ISTA) [I-structural test of Ammon (ISTA) in study of personality of suicidal patients]. *Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. N 2. Pp. 27–37. (In Russ.)
3. Alimova M.A. Suitsidal'noe povedenie podrostkov: diagnostika, profilaktika, korrektsiya [Suicidal behavior of adolescents: diagnosis, prevention, correction]. Barnaul. 2014. 100 p. (In Russ.)
4. Gerasimova V.V., Karpov A.M., Gryaznov A.N., Dergunova D.I. Tsenostno-kommunikativnaya sfera lichnosti pri autoagressivnom povedenii [Value and communicative personality sphere in autoaggressive behavior]. *Vestnik psikhiatrii i*

psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2011. N 7. Pp. 104–115. (In Russ.)

5. Golenkov A.V., Andreeva A.P. Psikhologicheskaya sklonnost' studentov-medikov k alkogolizatsii [Medical students' psychological propensity to alcohol abuse]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. N 6. Pp. 37–45. (In Russ.)

6. Evdokimov V.I., Gubina O.I. Sub'ektivnaya otsenka kachestva zhizni kak pokazatel' professional'noi adaptatsii studentov meditsinskogo vuza [Value judgment of quality of a life as a parameter of professional adaptation of students of medical high school]. *Sistemnyi analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh* [System analysis and management in biomedical systems]. 2006. Vol. 5, N 2. Pp. 257–260. (In Russ.)

7. Evdokimov V.I., Gubina O.I., Popov V.I. [et al.]. Metodika otsenki psikhicheskogo zdorov'ya i pokazateli adaptatsii studentov VGMA [Technique of the estimation of mental health and parameters of adaptation of VSMA students]. *Sistemnyi analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh* [System analysis and management in biomedical systems]. 2005. Vol. 4, N 4. Pp. 457–460. (In Russ.)

8. Evdokimov V.I., Gubina O.I., Fedotov A.N. Izuchenie kachestva zhizni i adaptatsii u studentov meditsinskogo vuza [The study of the life-quality and the adaptation in students of medical institution of higher learning]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii* [Journal of New Medical Technologies]. 2006. Vol. 13, N 3. Pp. 167–169. (In Russ.)

9. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Osobennosti agressivnykh proyavlenii u podrostkov s razlichnymi tipami aktsentuatsii v usloviyakh sotsial'noi frustrirovannosti [Specific features of aggression signs in adolescents with different types of accentuation in context of social frustration]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N 10. Pp. 21–30. (In Russ.)

10. Morosanova V.I. Oprosnik «Stil' samoregulyatsii povedeniya» (SSPM) ["Behavior self-regulation" questionnaire (SSPM)]. Moskva. 2004. 44 p. (In Russ.)

11. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Adaptatsiya i adaptatsionnyi potentsial lichnosti: sootnoshenie sovremennykh issledovatel'skikh podkhodov [Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N 9. Pp. 18–32. (In Russ.)

12. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Orlov F.V. Diskursivnyi tip lichnosti pri nevroticheskikh rasstroistvakh [Discursive type of personality in neurotic disorders]. *Cheboksary*. 2012. 148 p. (In Russ.)

13. Pantileev S.R. Metodika issledovaniya samootnosheniya [Method of self-attitude study]. Moskva. 1993. 32 p. (In Russ.)

14. Smirnov M.V. Psikhologicheskaya diagnostika suitsidal'nogo riska u sotrudnikov organov vnutrennikh del [Psychological diagnosis of suicide risk among police staff]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2011. 29 p. (In Russ.)

15. Sokolova E.T., Sotnikova Yu.A. Problema suitsida: kliniko-psikhologicheskii rakurs [The problem of suicide: The clinical angle]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2006. N 2. Pp. 103–115. (In Russ.)

16. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 272 p. (In Russ.)
17. Shifner N.A., Bobrov A.E., Kulygina M.A. Klinicheskie osobennosti i varianty dinamiki rasstroistv adaptatsii u studentov [Clinical features and variants of adaptation disorders among students]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. N 8. Pp. 43–61. (In Russ.)
18. Yur'eva L.N. Klinicheskaya suitsidologiya [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk. 2006. 472 p. (In Russ.)
19. Chou W.P., Ko C.H., Kaufman E.A. [et al.]. Association of stress coping strategies with Internet addiction in college students: The moderating effect of depression. *Compr. Psychiatry*. 2015. Vol. 62. Pp. 27–33.
20. Creamer M.R., Perry C.L., Harrell M.B., Diamond P.M. Trends in multiple tobacco product use, among high school students. *Tob. Regul. Sci.* 2015. Vol. 1, N 3. Pp. 204–214.
21. Fornés-Vives J., Garcia-Banda G., Frias-Navarro D., Rosales-Viladrich G. Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Educ. Today*. 2015. August 23. [Epub ahead of print].
22. Karimy M., Zareban I., Araban M., Montazeri A. An extended theory of planned behavior (tpb) used to predict smoking behavior among a sample of Iranian medical students. *Int. J. High Risk Behav. Addict.* 2015. Vol. 4, N 3. e24715.
23. Qavam S.E., Anisan A., Fathi M., Pourabbasi A. Study of relationship between obesity and executive functions among high school students in Bushehr, Iran. *J. Diabetes Metab. Disord.* 2015. Vol. 14. Article ID 79.
24. Quadri M.F., Mahnashi A., Al Almutahhir A. [et al.]. Association of awake bruxism with khat, coffee, tobacco, and stress among Jazan University students. *Int. J. Dent.* 2015. Vol. 2015. Article ID 842096.
25. Tiblom Ehrsson Y., Stenhammar C., Rosenblad A. [et al.]. Self-reported sexually transmitted infections among female university students. *Ups. J. Med. Sci.* 2015. October 22. Pp. 1–5.
26. Woolman E.O., Becker M.M., Klanecky A.K. PTSD symptoms mediate academic stress and drinking to cope in college students. *J. Drug Educ.* 2015. Vol. 45, N 2. Pp. 96–112.
27. Yahia N., Wang D., Rapley M., Dey R. Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspect. Public Health*. 2015. October 16. [Epub ahead of print].

ОЖИДАНИЯ В СТРУКТУРЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

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

Изучили влияние фактора ожиданий на социально-психологическую адаптацию трудовых мигрантов. В исследовании приняли участие 197 трудовых мигрантов, прибывших в Санкт-Петербург из Узбекистана. Представлен анализ взаимосвязей фактора ожиданий с системой Я-структур личности, смысложизненными ориентациями и системой семейных установок. Цель работы – определение роли параметра «ожиданий» в структуре социально-психологической адаптации трудовых мигрантов. Проведенное исследование подтвердило предположение о том, что параметр «ожиданий» как фактор, предшествующий миграции, обуславливает процесс адаптации к новым социокультурным условиям. Соответствие ожиданий реальным условиям является ресурсом социально-психологической адаптации трудовых мигрантов.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социальная психология, трудовые мигранты, адаптация, ожидания, смысложизненные ориентации, семейные отношения.

Введение

Миграция населения, как внутри страны, так и за ее пределы, является одним из самых важных индикаторов экономических и социально-политических процессов, происходящих в обществе и государстве [16]. В последние годы проблема иммиграции в Россию, в том числе и в Санкт-Петербург, стоит особенно остро в связи с резким усилением внешнего миграционного давления. В настоящий момент временная или трудовая миграция составляет основную часть иммиграционных потоков в Россию, являясь при этом, - влиятельным фактором социально-экономических процессов. Россия занимает одно из ведущих мест по количеству так называемых трудовых мигрантов, приезжающих в Россию из стран бывшего СССР.

Уникальная комбинация социально-экономических, геополитических и правовых факторов, а также слабость административно-правовой и

Мокрецова Ольга Григорьевна – ст. преподаватель, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, Санкт-Петербург, 199034, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: emergency.psychology@spbu.ru

социальной организации процесса трудовой миграции обусловила высокий интерес специалистов различных областей к этим проблемам.

Согласно Конвенции о защите прав всех трудящихся, принятой Генеральной Ассамблеей ООН, и резолюции 45/158 от 18.12.1990 г. термин «трудовой мигрант» означает лицо, которое занималось, занимается или будет заниматься оплачиваемой деятельностью в государстве, гражданном которого он не является [3, 4]. На сегодняшний день в международном праве существует целый корпус норм, относящихся к статусу рабочих-мигрантов и их правам, в том числе соглашения между странами-участниками СНГ [1]. Однако, несмотря на наличие юридических документов, трудовая миграция трудно поддается контролю, а попытки ужесточения миграционной политики ведут к расширению масштабов нелегальной миграции.

Основные потоки трудовых мигрантов пребывают в Россию из Киргизстана, Таджикистана и Узбекистана [2, 7, 18]. По официальным данным, в 2015 г. на территории Российской Федерации находится 2 095 234 человека прибывших в страну из Узбекистана (<http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/>).

Может возникнуть справедливый вопрос о том, нуждаются ли в принципе трудовые мигранты в адаптации, поскольку, в отличие от классической миграции, трудовая миграция предполагает временный характер пребывания на территории принимающего государства.

Однако, как показывают исследования, в число трудовых мигрантов входит достаточный процент тех, кто имеет намерение остаться в России на постоянное место жительства [2, 6, 10, 13]. В таком случае целесообразно предложить два подхода, в зависимости от группы трудовых мигрантов. В том случае, когда мы говорим о трудовых мигрантах, для которых пребывание на территории России является временным и они намерены вернуться на Родину, нужно говорить не об адаптации, а о сопровождении: административном, правовом, медицинском, страховом и т. д. Такое сопровождение должно служить целям поддержания психологического благополучия трудовых мигрантов [11].

В литературе представлены исследования, которые ставят целью изучение влияния факторов, предшествующих миграции, на процесс адаптации после переезда (намерения, ожидания, мотивы) [5, 8, 19, 20]. Решение эмигрировать обуславливается следующими факторами: экономическое положение, распространенность миграционного опыта среди населе-

ния территории, личный миграционный опыт, наличие контактов в месте иммиграции, установки ближайшего окружения и др. [8].

Ряд авторов предлагает свои модели, где принятие решения о переезде на новое место жительства (к новому месту работы) проходит несколько фаз:

- 1) факторы, предшествующие намерению мигрировать (личностные, семейные связи);
- 2) размышления об эмиграции (микро- и макрофакторы);
- 3) действие (переживание ситуации как стрессовой, поиск копинг-механизмов);
- 4) аккультурация (психологическая, социальная) [20].

T.A. Mähönen и I. Jasinskaja-Lahti также изучали факторы, которые предшествуют миграции (pre-migration factors) и влияют на аккультурацию в новых условиях социально среды. Авторы исходили из того, что самому моменту переезда предшествует подготовительный этап, для которого так же, как и после эмиграции, характерны переживания стресса аккультурации. При этом существует связь в переживаниях стресса аккультурации до и после переезда. В своем исследовании авторы подтвердили уже существующие данные о том, что ожидания, которые предшествуют миграции, оказывают влияние на последующую адаптацию в зависимости от того, подтвердились они или нет.

Исследования взаимосвязи ожиданий мигрантов с процессом их адаптации для нас кажется очень интересным. Однозначного взгляда на эту взаимосвязь у исследователей нет. Некоторые из них придерживаются мнения о прямой зависимости адаптации от ожиданий, то есть мигранты, которые ожидают худшего, сталкиваются с наибольшими трудностями. Ряд исследователей предполагают, что ожидания, подкрепленные знаниями о возможных трудностях в новой стране, будут благотворно влиять на адаптацию [15]. Есть авторы, которые считают, что ожидания имеют предсказательную силу только тогда, когда расходятся с реальным опытом [21].

Таким образом, исследование ожиданий как фактора, предшествующего миграции, является важным при анализе адаптации мигрантов к новым социокультурным условиям.

Цель исследования – анализ влияния фактора ожиданий как психологического концепта, предшествующего миграции, на процесс адаптации трудовых мигрантов к новым социокультурным условиям.

Материал и методы

Обследовали 197 мужчин – трудовых мигрантов, прибывших в Санкт-Петербург из Узбекистана, в возрасте от 17 до 49 лет. Приток трудовых мигрантов из Узбекистана составляет значительную часть всего потока трудовых мигрантов, приезжающих в Россию, в том числе в Санкт-Петербург. Трудовые мигранты были разделены на три группы:

1-я – $n = 63$ (32,0 %) – ожидания оправдались;

2-я – $n = 64$ (32,5 %) – условия оказались хуже ожиданий;

3-я – $n = 70$ (35,5 %) – условия оказались лучше ожиданий.

Трудовых мигрантов обследовали с помощью специально разработанной анкеты, которая содержала 27 вопросов, касающихся таких социальных аспектов, как уровень образования, условия проживания и работы, семейный статус, круг общения и т. д.

В качестве экспериментально-психологических методик исследования выбрали:

– Я-структурный тест Г. Аммона [12];

– методику оценки психического здоровья (МОПЗ) на основе Я-структурного теста Г. Аммона [12];

– тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [9];

– методику «Адаптация личности к новой социокультурной среде» Л.В. Янковского [14];

– шкалу семейного окружения (ШСО) в адаптации С.Ю. Куприянова [17].

Обработку данных осуществляли с помощью статистического пакета SPSS.

Результаты и их анализ

Обратимся к анализу результатов, полученных после статистической обработки данных психодиагностических методик для трех групп трудовых мигрантов по фактору «ожидания». Для определения значимых различий между подгруппами использовался метод попарных сравнений Шеффе.

Средние значения по МОПЗ (табл. 1) для всех трех групп находятся в пределах нормы. Обращают на себя внимание результаты, полученные для 3-й группы трудовых мигрантов, у которых условия жизни оказались лучше ожидаемых. В этой группе особенно гармонично сочетаются высокие значения по шкале «конструктивность», по двум интегральным индексам и низкие значения по шкалам «деструктивность» и «дефицитарность». По шкале «деструктивность» значения в 3-й группе статистически достоверно

меньше по сравнению со 1-й и 2-й группами. По индексу уровня психической компенсации значения в 3-й группе статистически достоверно больше по сравнению со 1-й и 2-й группами.

Таблица 1

Средние значения по группам по шкалам МОПЗ, (M ± σ) балл

Шкала	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Конструктивность	57,6 ± 1,0	58,7 ± 0,7	58,9 ± 0,6	
Деструктивность	21,2 ± 0,9	22,4 ± 1,1	18,6 ± 0,7	(1/3) 0,001 (2/3) 0,01
Дефицитарность	16,8 ± 1,0	18,2 ± 1,2	15,8 ± 0,9	
Индекс уровня психической компенсации	2,3 ± 1,0	2,3 ± 1,1	5,2 ± 0,7	(1/3) 0,001 (2/3) 0,001
Индекс уровня психической активности	5,0 ± 1,0	4,8 ± 1,1	6,5 ± 0,8	

В целом можно говорить о том, что для всех групп характерен высокий уровень активности, определенная уверенность в себе и своем опыте, способность противостоять неблагоприятным жизненным обстоятельствам. Есть статистически достоверные основания предполагать, что благоприятный прогноз может быть сделан в отношении группы трудовых мигрантов, которые отметили, что условия их жизни оказались лучше ожидаемых.

Возможно, полученные результаты обусловлены, в том числе, и тем, что трудовыми мигрантами был накоплен определенный опыт, а значит знания, умения и навыки, которые позволяют более оперативно и эффективно реагировать на те или иные жизненные обстоятельства.

Я-структурный тест позволяет расширить и конкретизировать результаты, полученные по Методике оценки психического здоровья, которую мы рассмотрели выше. Средние значения для групп по методике Я-структурный тест (табл. 2) по ряду показателей по ряду показателей отличаются от нормативных значений.

Ранее мы обратили внимание на 3-ю группу трудовых мигрантов (условия жизни оказались лучше ожидаемых), где можно говорить о наиболее благоприятном прогнозе адаптации. Данные Я-структурного теста также дают основания делать положительный прогноз относительно ресурсов для успешной адаптации этой группы. Все значения находятся в пределах нормы, а значения по шкалам «агрессия конструктивная» и «внутреннее Я-отграничение конструктивное» выше по сравнению с дру-

гими группами. О чем говорят эти результаты? Конструктивная агрессия обеспечивает способность к целеполаганию и достаточный потенциал активности, способность поддерживать конструктивные межличностные отношения, открытость новому опыту и знаниям, что обеспечивает хорошие предпосылки для научения. Кроме того, конструктивное внутреннее Я-отграничение обеспечивает гибкое регулирование границ между различными психическими процессами, способность регулировать свою эмоционально-чувственную сферу. Также, для этой группы, соотношение высоких показателей по шкале «нарциссизм конструктивный» и низких показателей по шкале «нарциссизм дефицитарный» позволяет говорить о таких качествах, как оптимизм и вера в себя и свои силы.

Таблица 2

Средние значения по группам по шкалам Я-структурного теста, ($M \pm \sigma$) балл

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Агрессия конструктивная	10,6 ± 1,8	10,7 ± 0,8	11,1 ± 0,9	
Агрессия деструктивная	2,8 ± 2,1	2,1 ± 2,6	2,1 ± 2,3	
Агрессия дефицитарная	3,1 ± 1,7	3,1 ± 2,1	2,9 ± 1,5	
Страх конструктивный	8,1 ± 1,6	8,2 ± 1,3	8,3 ± 0,9	
Страх деструктивный	2,2 ± 1,6	2,4 ± 1,8	2,2 ± 1,4	
Страх дефицитарный	2,8 ± 1,6	3,8 ± 1,4	2,9 ± 1,1	(1/3) 0,001 (2/3) 0,001
Внешнее Я-отграничение конструктивное	6,9 ± 1,2	7,6 ± 0,9	6,9 ± 0,9	(1/2) 0,01 (2/3) 0,01
Внешнее Я-отграничение деструктивное	3,1 ± 1,4	3,3 ± 1,8	2,6 ± 1,4	(2/3) 0,05
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	4,1 ± 1,7	4,5 ± 1,4	4,2 ± 1,4	
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	10,7 ± 1,5	10,4 ± 1,1	10,8 ± 0,9	
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	3,2 ± 1,8	3,8 ± 1,9	3,4 ± 1,1	
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	3,6 ± 1,6	3,5 ± 2,2	3,1 ± 1,5	
Нарциссизм конструктивный	9,9 ± 1,8	10,6 ± 1,4	10,3 ± 1,2	(1/2) 0,05
Нарциссизм деструктивный	2,6 ± 1,5	3,5 ± 2,2	2,1 ± 1,5	(1/2) 0,01 (2/3) 0,001
Нарциссизм дефицитарный	1,7 ± 1,7	1,2 ± 2,5	1,1 ± 1,9	
Сексуальность конструктивная	11,2 ± 2,8	11,1 ± 2,2	11,4 ± 1,9	
Сексуальность деструктивная	7,5 ± 2,7	7,3 ± 1,6	6,3 ± 1,7	(2/3) 0,01
Сексуальность дефицитарная	1,5 ± 1,6	2,1 ± 1,5	1,5 ± 1,2	(1/2) 0,05 (2/3) 0,05

Предыдущая методика не позволила нам конкретизировать результаты в отношении 2-й группы трудовых мигрантов, чьи условия жизни оказались хуже ожидаемых (см. табл. 1). Здесь же мы получили данные, которые позволяют охарактеризовать эту группу более подробно. В этой группе значения по шкале «нарциссизм конструктивный» выше нормативных и выше по сравнению с 1-й группой (см. табл. 2). Значения по шкале «внешнее Я-отграничение конструктивное» находятся в пределах нормы, но выше по сравнению с 1-й и 3-й группами. Как и в рассмотренной нами ранее 3-й группе, в этой группе также высокие показатели по шкале «нарциссизм конструктивный» сочетаются с низкими значениями по шкале «нарциссизм дефицитарный». При этом, однако, наблюдается тенденция к росту значений деструктивного нарциссизма. Значения по шкале «нарциссизм деструктивный» в рассматриваемой 2-й группе статистически достоверно выше по сравнению с 1-й и 3-й группами. Еще раз обратим внимание, что значения по шкале деструктивности во 2-й группе незначительно превышают средние значения и имеют скорее характер тенденции (см. табл. 2).

Такие результаты могут говорить о неустойчивом отношении трудовых мигрантов к себе, к своему месту в референтной группе, на неспособность воспринимать критику окружающих и показывать собственную слабость, что может негативно влиять на конструктивность взаимоотношений с другими людьми. Вероятно, как раз внешние обстоятельства, то есть те условия, в которые попали трудовые мигранты этой группы, и несоответствие этих условий ожидаемым могут служить причиной некоторого дисбаланса в отношении к себе.

В целом средние значения по методике Опросник адаптации личности к новой социокультурной среде для всех подгрупп находятся в пределах нормы (табл. 3). Обращают на себя внимание средние значения по шкале «адаптивность». Самые высокие значения принадлежат 3-й группе трудовых мигрантов, для кого условия оказались лучше ожидаемых. В этой группе результаты по шкале «адаптивность» статистически достоверно выше по сравнению с 1-й и 2-й группами.

В этой же группе трудовых мигрантов средние значения по шкале «конформность» выше по сравнению с другими подгруппами и статистически достоверно выше по сравнению с 1-й группой, чьи ожидания оправдались. В 1-й группе, наряду с самыми низкими показателями по шкале «конформность», можно увидеть самые высокие показатели по шкале «депрессивность», по которой значения статистически достоверно выше по сравнению со 2-й группой трудовых мигрантов, чьи условия оказались ху-

же ожидаемых. Что касается 2-й группы, здесь стоит отметить самые высокие значения по шкале «ностальгия», которые оказались статистически достоверно выше по сравнению с 1-й и 3-й группами (см. табл. 3).

Таблица 3

Средние значения по Опроснику адаптации личности
к новой социокультурной среде, ($M \pm \sigma$), балл

Шкала	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Адаптивность	12,3 ± 2,2	11,9 ± 2,4	13,8 ± 2,5	(1/3) 0,001; (2/3) 0,001
Конформность	9,3 ± 2,7	9,8 ± 1,7	10,6 ± 1,9	(1/3) 0,01
Интерактивность	9,3 ± 1,6	9,7 ± 1,1	9,3 ± 0,9	
Депрессивность	4,4 ± 2,2	3,2 ± 2,1	3,8 ± 2,2	(1/2) 0,01
Ностальгия	6,2 ± 1,6	6,9 ± 1,4	6,1 ± 1,6	(1/2) 0,05; (2/3) 0,01
Отчужденность	5,3 ± 1,7	5,3 ± 1,8	5,9 ± 1,6	

Все значения по представленной методике находятся в пределах нормы, однако были обнаружены статистически значимые различия между подгруппами. Таким образом, в целом можно говорить о том, что для всех групп характерен высокий уровень активности, положительное отношение к новой социокультурной среде, определенная уверенность в себе и своем опыте. При этом для 3-й группы трудовых мигрантов, чьи условия жизни оказались лучше ожидаемых, более свойственна ориентация на референтную группу, ее нормы и ценности, ее ожидания и одобрение. Наименьшая ориентация на референтную группу характерна для 1-й группы трудовых мигрантов, чьи условия жизни соответствуют ожидаемым. Возможно, именно с этим фактом связаны более высокие значения, по сравнению с остальными подгруппами, по шкале «депрессивность», поскольку эта группа в меньшей степени использует ресурс групповой поддержки. Более высокие значения во 2-й группе трудовых мигрантов по шкале «ностальгия» говорят о том, что для нее в большей степени, по сравнению с другими подгруппами, характерны чувства меланхолии и разъединения со своей родной культурой. В то же время, средние значения по шкалам «конформность» и «отчужденность» говорят о том, что члены этой подгруппы не замкнулись в себе и своих переживаниях.

Средние значения по методике ШСО находятся в пределах нормы для всех трех групп по следующим шкалам: «сплоченность», «ориентация на достижения», «интеллектуально-культурная ориентация», «ориентация

на активный отдых» (табл. 4). По шкалам «конфликт», «организация» и «контроль» средние значения для всех групп выше нормативных, что характеризует высокую иерархичность и порядок семейной организации, ригидность семейных правил и устоев, следование и выполнение семейных обязанностей. Однако высокие значения по шкале «конфликт» говорят о том, что в семьях трудовых мигрантов нет табуирования выражения эмоций гнева и агрессии. По шкале «конфликт» не было обнаружено статистически значимых различий. Значимые различия были обнаружены по шкале «организация», где в 1-й группе трудовых мигрантов значения статистически достоверно ниже, по сравнению со 2-й и 3-й группами. По шкале «контроль» значения во 2-й группе статистически достоверно ниже по сравнению с 1-й и 3-й группами (см. табл. 4).

Таблица 4

Средние значения по ШСО, ($M \pm \sigma$) балл

Шкала	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Сплоченность	7,3 ± 1,3	7,7 ± 0,8	7,4 ± 0,9	(1/2) 0,05
Экспрессивность	5,4 ± 1,3	6,2 ± 1,1	4,9 ± 0,9	(1/2) 0,001; (2/3) 0,001
Конфликт	6,9 ± 1,3	7,1 ± 0,8	6,8 ± 1,1	
Независимость	5,9 ± 1,5	5,9 ± 1,1	6,4 ± 1,6	
Ориентация на достижения	6,5 ± 0,9	5,9 ± 0,9	6,9 ± 0,6	(1/2) 0,001; (2/3) 0,001
Интеллектуально-культурная ориентация	6,2 ± 1,8	6,5 ± 1,1	6,2 ± 1,2	
Ориентация на активный отдых	5,8 ± 1,1	5,7 ± 1,1	5,8 ± 0,9	
Морально-нравственные аспекты	6,7 ± 1,2	7,4 ± 1,2	7,3 ± 0,9	(1/2) 0,01; 1/3 (0,01)
Организация	7,9 ± 0,9	8,6 ± 1,1	8,4 ± 0,7	(1/2) 0,001; 1/3 (0,01)
Контроль	6,4 ± 1,1	5,9 ± 1,2	6,8 ± 0,8	(1/2) 0,01; 1/3 (0,001)

По шкале «морально-нравственные аспекты» значения во 2-й и 3-й группах также несколько превышают нормативные, что говорит о высокой степени семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям. Значения в 1-й группе по этой шкале статистически достоверно ниже по сравнению со 2-й и 3-й группами, однако находятся в пределах нормы (см. табл. 4).

Значения по шкале «ориентация на достижения» находятся в пределах нормы, однако во 2-й группе трудовых мигрантов, чьи условия жизни оказались хуже ожидаемых, статистически достоверно ниже по сравнению с 1-й и 3-й группами. Эта шкала характеризует степень, в которой разным

видам деятельности придается характер достижения и соревнования. Таким образом, этой группе это свойственно в наименьшей мере.

Напомним, что по результатам МОПЗ в отношении группы трудовых мигрантов, чьи условия жизни оказались лучше ожидаемых, мы сделали наиболее благоприятный прогноз для процесса их адаптации. Результаты по методике ШСО показывают, что для этой группы трудовых мигрантов наиболее характерны жесткая иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил, контроль членами семьи друг друга. Можно предположить, что чем более значимыми являются семейная организация, ее правила и нормы, тем легче трудовой мигрант будет адаптироваться в новых условиях. Семейные правила и высокая степень следования им являются значимыми ресурсами, которые могут способствовать процессу адаптации.

В целом результаты по этой методике подтверждают тот факт, что культура Узбекистана относится к коллективистскому типу, где семья была и остается одной из важнейших ценностей, соответствующих многовековым традициям и менталитету народа.

В табл. 5 представлены средние значения по тесту СЖО. Во всех группах обращают на себя внимание высокие значения по шкале «осмысленность жизни». При этом в 3-й группе значения по этой шкале статистически достоверно выше по сравнению с 1-й и 2-й группами.

Таблица 5
Средние значения по тесту СЖО, ($M \pm \sigma$) балл

Шкала	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Цели в жизни	35,4 ± 4,3	37,3 ± 5,3	38,7 ± 4,8	(1/3) 0,001
Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни	30,7 ± 4,6	31,7 ± 4,4	32,2 ± 4,3	
Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией	27,6 ± 4,1	29,7 ± 4,3	30,4 ± 3,8	(1/2) 0,05; (1/3) 0,001
Локус контроля-Я	22,3 ± 3,2	22,4 ± 3,6	23,7 ± 3,3	
Локус контроля-жизнь или управляемость жизни	30,9 ± 4,3	28,3 ± 5,1	32,5 ± 5,4	(1/2) 0,05; (1/3) 0,001
Осмысленность жизни	146,9 ± 15,3	149,4 ± 17,9	157,4 ± 17,7	(1/3) 0,01; (2/3) 0,05

Ведущим мотивом приезда трудовых мигрантов в Санкт-Петербург является тяжелое материальное положение (эту причину указали 85,7 % опрошенных). Таким образом, основной ведущей потребностью у трудовых мигрантов является поиск заработка, чтобы обеспечить достойное существование своей семье и себе. Эта потребность подчиняет себе всю активность. Можно сказать, что удовлетворение этой потребности обеспечивает осмысленность их жизни.

Практически все трудовые мигранты, принявшие участие в исследовании, работали на тот момент и, таким образом, имели заработок, а значит, удовлетворяли ведущую потребность и приносили доход в семью.

Средние значения по шкалам «процесс жизни», «локус контроля-«Я»» и «локус контроля-жизнь» находятся в пределах нормы. Во 2-й группе трудовых мигрантов, чьи условия жизни оказались тяжелее ожидаемых, средние значения по шкале «локус контроля-жизнь» не переходят границы нормы, но имеют такую тенденцию. Значения по этой шкале во 2-й группе статистически достоверно ниже по сравнению с 1-й и 3-й группами (см. табл. 5). То есть для этой группы трудовых мигрантов, по сравнению с остальными, в большей степени свойственны фатализм и убежденность, что жизнь мало подвластна сознательному контролю и управлению.

Интересно, что средние значения по шкалам «цели в жизни» и «результативность жизни» в 1-й группе трудовых мигрантов, чьи условия жизни соответствуют ожиданиям, хуже по сравнению с двумя другими группами. При этом по шкале «цели в жизни» значения в 1-й группе статистически достоверно ниже по сравнению с 3-й группой, а по шкале «результативность жизни» значения в 1-й группе статистически достоверно ниже по сравнению со 2-й и 3-й группами. По обоим шкалам значения в 3-й группе незначительно выше нормативных (см. табл. 5).

Таким образом, трудовые мигранты, чьи условия жизни соответствуют ожиданиям, в меньшей степени, по сравнению с другими группами, довольны продуктивностью и осмысленностью прожитого отрезка жизни и имеют менее определенные цели в будущем. Возможно, это связано с тем, что трудовые мигранты, чьи условия оказались тяжелее ожиданий, в связи с нелегкими обстоятельствами их настоящей жизни ищут ресурс в прожитой части жизни и, в связи с этим, оценивают ее высоко. В то же время, полученные результаты в этой группе показывают потенциал к тому, чтобы стараться ставить определенные цели в будущем, хотя существует тенденция к фатализму и убеждению, что жизнь мало подвластна сознательному контролю и управлению. В случае же с трудовыми мигрантами, чьи

условия жизни оказались легче ожидаемых, включается механизм, который назовем здесь «позитивное мышление», когда успех мотивирует к позитивной оценке прошлого и будущего, дает наполненность смыслом и наличием временной перспективы.

Заключение

На наш взгляд влияние на процесс адаптации оказывают не столько сами ожидания, сколько тот факт, совпали они с реальной действительностью или нет. Были выделены три группы трудовых мигрантов – трудовые мигранты, чьи условия жизни совпали с ожидаемыми, оказались легче или хуже ожидаемых.

В целом можно говорить о том, что для всех групп характерен высокий уровень активности, положительное отношение к новой социокультурной среде, определенная уверенность в себе и своем опыте. Возможно, полученные результаты обусловлены, в том числе, и тем, что трудовыми мигрантами был накоплен уже значительный опыт, а значит знания, умения и навыки, которые позволяют более оперативно и эффективно реагировать на те или иные жизненные обстоятельства.

Наиболее благоприятный прогноз может быть сделан в отношении группы трудовых мигрантов, которые отметили, что условиях их жизни оказались лучше ожидаемых. Полученные результаты показывают способность к целеполаганию и достаточный потенциал активности, веру в себя, способность поддерживать конструктивные межличностные отношения, открытость новому опыту и знаниям, что обеспечивает хорошие предпосылки для научения. Для этой группы трудовых мигрантов более свойственна ориентация на референтную группу, ее нормы и ценности, ее ожидания и одобрение. Результаты по методике «Шкала семейного окружения» показывают, что для этой группы трудовых мигрантов в большей степени, по сравнению с другими группами, характерна жесткая иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил, контроль членами семьи друг друга и в меньшей степени, по сравнению с другими группами, поощряются независимость и самостоятельность в принятии решений. Можно предположить, что чем более значимыми являются семейная организация, ее правила и нормы, тем легче трудовой мигрант будет адаптироваться в новых условиях. То есть семейные правила и высокая степень следования им являются значимыми ресурсами, которые могут способствовать процессу адаптации. В целом трудовые мигранты, вошедшие в эту

группу, очень позитивно оценивают прожитую часть жизни, с оптимизмом смотрят в будущее.

В отношении 2-й группы трудовых мигрантов, чьи условия оказались хуже ожидаемых, можно говорить о более неустойчивом, по сравнению с другими группами, отношении к себе, к своему месту в референтной группе, что может негативно влиять на конструктивность взаимоотношений с другими людьми. Вероятно, как раз внешние обстоятельства, то есть те условия, в которые попали трудовые мигранты этой группы, и несоответствие этих условий ожидаемым могут служить причиной некоторого дисбаланса в отношении к себе. Этой группе трудовых мигрантов, по сравнению с остальными, в большей степени свойственны фатализм и убежденность, что жизнь мало подвластна сознательному контролю и управлению. Для этой группы более характерны чувства меланхолии и разъединения со своей родной культурой. Возможно, в связи с нелегкими обстоятельствами их настоящей жизни ее члены ищут ресурс в прожитой части жизни и, в связи с этим, оценивают ее высоко. Полученные результаты не дают оснований делать негативный прогноз адаптации в отношении этой группы, в том случае, если трудности, с которыми столкнулись трудовые мигранты этой группы, не примут характер перманентных, что может привести к истощению ресурсов личности.

Если говорить о трудовых мигрантах, чьи условия жизни совпали с ожидаемыми, то в целом по всем методикам средние значения не выходят за пределы нормы. Особенности, которые могут характеризовать эту группу, проявляются при сравнении ее с другими подгруппами. Так, трудовые мигранты, чьи условия жизни совпали с ожидаемыми, в меньшей степени, по сравнению с другими группами, довольны продуктивностью и осмысленностью прожитого отрезка жизни и имеют менее определенные цели в будущем. Для этих трудовых мигрантов наименее характерна ориентация на референтную группу. Возможно, именно с этим фактом связаны более высокие значения, по сравнению с остальными подгруппами, по шкале «депрессивность», поскольку эта группа в меньшей степени использует ресурс групповой поддержки. Такие отличия рассматриваемой группы трудовых мигрантов от остальных могут быть связаны как раз с «ровным» положением этой группы, с отсутствием «вызовов», когда нужно мобилизовать свои ресурсы для того, чтобы справиться с возникающими сложностями. С одной стороны, такое положение не дает толчков к развитию более активной жизненной позиции, но, с другой стороны, такое «ровное»

состояние может быть достаточно конструктивным для постепенного встраивания в новые социально-психологические условия жизни.

Литература

1. Абдуллаев Е.В. Социально-правовое регулирование трудовой миграции // Трудовая миграция в Республике Узбекистан : сб. ст. / отв. ред. Е.В. Абдуллаев. – Ташкент, 2008. – С. 35–43.
2. Брусина О. И. Мигранты из Средней Азии в России: этапы и причины приезда, социальные типы, организации диаспор // Вестн. Евразии. – 2008. – № 2. – С. 66–95.
3. Владимирова С.С., Пшенко К.А., Шарри Т.Г. Проблемы социокультурной, языковой и правовой адаптации трудовых мигрантов в РФ // Человек и образование. – 2010. – № 4. – С. 49–54.
4. Выборнова В.В., Шарифулина Э.А. Социальное взаимодействие трудовых мигрантов Средней Азии с принимающим обществом // Знание. Понимание. Умение. – 2009. – № 3. – С. 94–98.
5. Гуревич А.М. Мотивация эмиграции. – СПб. : Речь, 2005. – 272 с.
6. Дмитриев А.В., Пядухов Г.А. Этнические группы трудящихся-мигрантов и принимающее общество: взаимодействие, напряженность, конфликты // Социол. исслед. – 2006. – № 9. – С. 86–94.
7. Зайончковская Ж.А. Миграция населения из стран Центральной Азии // Трудовая миграция в Республике Узбекистан : сб. ст. / отв. ред. Е.В. Абдуллаев. – Ташкент, 2008. – С. 24–34.
8. Кузнецова С.А. Миграционные установки как предмет социально-психологических исследований // Соц. психология и общество. – 2013. – № 4. – С. 34–45.
9. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М. : Смысл, 2006. – 18 с.
10. Мокрецова О.Г. Социально-психологические аспекты адаптации трудовых мигрантов из Узбекистана в Санкт-Петербурге // Мед.-биол. и социол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2013. – № 3. – С. 61–65.
11. Мокрецова О.Г., Хрусталева Н.С. Актуальные вопросы адаптации трудовых мигрантов // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 112–116.
12. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
13. Петрова О.С. Проблемы социальной адаптации среднеазиатских трудовых мигрантов в Санкт-Петербурге // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2011. – Т. 17, № 3. – С. 329–332.
14. Почебут Л.Г. Взаимопроникновение культур: методология и методы этнической и кросс-культурной психологии. Психология межэтнической толерантности : учеб. пособие. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2005. – 281 с.
15. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. – 3-е изд. – М. : Аспект Пресс, 2004. – 368 с.

16. Тишков В.А., Комарова О.Д. Миграция и миграционная политика / Миграции и новые диаспоры в постсоветских государствах / отв. ред. В.А. Тишков. – М. : Ин-т этнологии и антропологии РАН, 1996. – 240 с.

17. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.

18. Эргешбаев У.Ж. Современная трудовая миграция населения стран Центральной Азии в Россию // Науч. ведомости Белгор. гос. ун-та. Серия: История. Политология. Экономика. Информатика. – 2009. – Т. 10, № 7-1 (62). – С. 74–81.

19. Hoppe A., Fujishiro K. Anticipated job benefits, career aspiration, and generalized self-efficacy as predictors for migration decision-making // *Int. J. Intercultural Relations*. – 2015. – Vol. 47. – P. 13–27.

20. Tabor A.S., Milfont T.L. Migration change model: Exploring the process of migration on a psychological level // *Int. J. Intercultural Relations*. – 2011. – Vol. 35, N 6. – P. 818–832

21. Mähönen T.A., Jasinskaja-Lahti I. Acculturation Expectations and Experiences as Predictors of Ethnic Migrants' Psychological Well-Being // *J. Cross-Cultural Psychology*. – 2013. – Vol. 44, N 5b. – P. 786–806.

Mokretsova O.G. Ozhidaniya v strukture sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii trudovykh migrantov [Expectations within labour migrants socio-psychological adaptation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. P. 136–152.

Saint-Petersburg state university
(Russia, Saint-Petersburg, Universitetskaya embank., 7/9)

Mokretsova Olga Grigorevna – senior lecturer, Saint-Petersburg state university (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Universitetskaya embank., 7/9); e-mail: amal19@mail.ru.

Abstract. Expectations factor impact on labour migrants socio-psychological adaptation has been studied. 197 labour migrants having arrived in Saint-Petersburg from Uzbekistan took part in the research. The interrelations analysis of expectations factor on the one hand and a personality I-structures system, life-meaning and family guidelines on the other hand has been provided. The research objective is to define the expectations factor effect within labour migrants socio-psychological adaptation. The research in question has confirmed the assumption that "expectations" as a pre-migration factor determines the process of adaptation to new socio-cultural conditions. The correspondence of expectations to actual conditions is the resource of labour migrants socio-psychological adaptation.

Keywords: clinical (medical) psychology, social psychology, labour migrants, adaptation, expectations, life-meaning guidelines, family relationships.

References

1. Abdullaev E.V. Sotsial'no-pravovoe regulirovanie trudovoy migratsii [Social and legal regulation of labor migration]. *Trudovaya migratsiya v Respublike Uzbekistan* [Labour migration in Uzbekistan]: collection of scientific works. Ed. E.V. Abdullaev. Tashkent. 2008. Pp. 35–43. (In Russ.)
2. Brusina O. I. Migranty iz Sredney Azii v Rossii: etapy i prichiny priezda, sotsial'nye tipy, organizatsii diaspor [Migrants from Central Asia to Russia: stages and reasons for migration, social types, diaspora organizations]. *Vestnik Evrazii* [Acta Eurasica]. 2008. N 2. Pp. 66–95. (In Russ.)
3. Vladimirova S.S., Pshenko K.A., Sharri T.G. Problemy sotsiokul'turnoy, yazykovoy i pravovoy adaptatsii trudovykh migrantov v RF [Issues of socio-cultural, linguistic and legal adaptation of labor migrants in Russia]. *Chelovek i obrazovanie* [Human and Education]. 2010. N 4. Pp. 49–54. (In Russ.)
4. Vybornova V.V., Shariifulina E.A. Sotsial'noe vzaimodeystvie trudovykh migrantov Sredney Azii s prinimayushchim obshchestvom [Social interaction of labor migrants from Central Asia with the host society]. *Znanie. Ponimanie. Umenie* [Knowledge. Understanding. Skill]. 2009. N 3. Pp. 94–98. (In Russ.)
5. Gurevich A.M. Motivatsiya emigratsii [Motivation of Emigration]. Sankt-Peterburg. 2005. 272 p. (In Russ.)
6. Dmitriev A.B., Pyadukhov G.A. Etnicheskie gruppy trudyashchikhsya-migrantov i prinimayushchee obshchestvo: vzaimodeystvie, napryazhennost', konflikty [Ethnic groups of migrant workers and the host society: interaction, tension, conflict]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2006. N 9. Pp. 86–94. (In Russ.)
7. Zayonchkovskaya Zh.A. Migratsiya naseleniya iz stran Tsentral'noy Azii [Migration from Central Asia]. *Trudovaya migratsiya v Respublike Uzbekistan* [Labour migration in Uzbekistan]: collection of scientific works. Ed. E.V. Abdullaev. Tashkent. 2008. Pp. 24–34. (In Russ.)
8. Kuznetsova S.A. Migratsionnye ustanovki kak predmet sotsial'no-psikhologicheskikh issledovaniy [Migration attitudes as a subject of socio-psychological research]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society]. 2013. N 4. Pp. 34–45. (In Russ.)
9. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennykh orientatsiy (SZhO) [Test life orientations]. Moskva. 2006. 18 p. (In Russ.)
10. Mokretsova O.G. Sotsial'no-psikhologicheskie aspekty adaptatsii trudovykh migrantov iz Uzbekistana v Sankt-Peterburge [Mokretsova O.G. Psychological aspects of adaptation of labor migrants from Uzbekistan in St. Petersburg]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2013. N 3. Pp. 61–65. (In Russ.)
11. Mokretsova O.G., Khrustaleva N.S. Aktual'nye voprosy adaptatsii trudovykh migrantov [Test life orientations]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2015. Vol. 8, N 2. Pp. 112–116. (In Russ.)

12. Ocherki dinamicheskoy psikiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie [Issues of dynamic psychiatry. Transcultural study]. Eds.: M.M. Kabanov, N.G. Neznanov. Sankt-Peterburg. 2003. 438 p. (In Russ.)

13. Petrova O.S. Problemy sotsial'noy adaptatsii sredneaziatskikh trudovykh migrantov v Sankt-Peterburge [The problems of social adaptation of the Central Asian labor migrants in St. Petersburg]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova* [Vestnik of Kostroma State University]. 2011. Vol. 17, N 3. Pp. 329–332. (In Russ.)

14. Pochebut L.G. Vzaimoproniknovenie kul'tur: metodologiya i metody etnicheskoy i kross-kul'turnoy psikhologii. Psikhologiya mezhnatsional'noy tolerantsnosti [The interpenetration of cultures: the methodology and methods of ethnic and cross-cultural psychology. Psychology of interethnic tolerance]. Sankt-Peterburg. 2005. 281 p. (In Russ.)

15. Stefanenko T.G. Etnopsikhologiya [Ethno Psychology]. Moskva. 2004. 368 p. (In Russ.)

16. Tishkov V.A., Komarova O.D. Migratsiya i migratsionnaya politika. Migratsii i novye diaspory v postsovet'skikh gosudarstvakh [Migration and migration policy]. Ed. V.A. Tishkov. Moskva. 240 p. (In Russ.)

17. Eydemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeynyy diagnoz i semeynaya psikhoterapiya [Family diagnosis and family psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2006. 352 p. (In Russ.)

18. Ergeshbaev U.Zh. Sovremennaya trudovaya migratsiya naseleniya stran Tsentral'noy Azii v Rossiyu [Modern labor migration in Central Asia to Russia]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Istoriya. Politologiya. Ekonomika. Informatika* [Belgorod State University Scientific Bulletin. Series: History Political science Economics Information technologies]. 2009. Vol. 10, N 7-1. Pp. 74–81. (In Russ.)

19. Hoppe A., Fujishiro K. Anticipated job benefits, career aspiration, and generalized self-efficacy as predictors for migration decision-making. *Int. J. Intercultural Relations*. 2015. Vol. 47. Pp. 13–27.

20. Tabor A.S., Milfont T.L. Migration change model: Exploring the process of migration on a psychological level. *Int. J. Intercultural Relations*. 2011. Vol. 35, N 6. Pp. 818–832

21. Mähönen T.A., Jasinskaja-Lahti I. Acculturation Expectations and Experiences as Predictors of Ethnic Migrants' Psychological Well-Being. *J. Cross-Cultural Psychology*. 2013. Vol. 44, N 5b. Pp. 786–806.



Уважаемые коллеги!

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. 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 РФ. С 2002 г. **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 г. № 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 г.).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2 экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – 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: gvikirina@rambler.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 г.

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 07.10.2015. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9,56 п. л. Заказ 9710.