

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 72 (77)**

Санкт-Петербург  
2019

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 592-35-79, 923-98-01

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2019
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2019

**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 72 (77)**

St. Petersburg  
2019

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 592-35-79, 923-98-01

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2019

© International Institute of Human Potential Abilities, 2019

# СОДЕРЖАНИЕ

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Макеев В.В., Кузнецов С.В., Груздева Д.А., Баурова Н.Н.</b> Качество жизни, эмпатия и склонность к девиантному поведению у студентов медицинских вузов .....	7
<b>Лустин С.И., Колосова А.Г.</b> Отношение к болезни в контексте социальных взаимодействий у женщин с миомой матки .....	19
<b>Крутолевич А.Н.</b> Особенности социальной поддержки и признания во взаимосвязи с уровнем психического и физического здоровья, а также с уровнем воспринимаемого стресса работников экстремальных служб .....	31
<b>Рахманина И.Н., Овсянникова Т.Ю., Тайсаева С.Б.</b> Особенности нейрopsихологического пространства подростков с отклоняющимся поведением .....	46
<b>Новиков К.В., Дергунов А.В., Леонтьева М.О.</b> Снижения субъективного ощущения послеоперационной боли в дневном хирургическом стационаре .....	58
<b>Ковтуненко А.Ю., Ерзин А.И.</b> Альтруизм как поведенческий коррелят благополучного старения у лиц позднего возраста .....	64
<b>Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Григорьев Г.И., Кузнецова Д.Г., Мизерас С., Тикноте Г.</b> Психологический профиль лиц, пришедших на курс психофизической саморегуляции .....	79
<b>Абакумова И.В., Годунов М.В.</b> Смысловой диссонанс как психологическая проблема .....	113
<b>Волкова С.В., Стаценко А.В., Черная Ю.В.</b> Динамика психологического статуса мужчин с акне в процессе лечения .....	132
Информация о журнале .....	141

# CONTENTS

## MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Makeenko V.V., Kuznetsov S.V., Gruzdeva D.A., Baurova N.N.</b> The quality of life, a propensity to deviant behavior and empathy in students of medical universities .....	7
<b>Lustin S.I., Kolosova A.G.</b> Relation to diseases in the context of social interactions in women with myomo uterus .....	19
<b>Krutolevich A.N.</b> Features of social support and recognition in relation to the level of mental and physical health, as well as the level of perceived stress of extreme service workers .....	31
<b>Rachmanina I.N., Ovsyannikova T.Yu., Taysaeva S.B.</b> The features of neuropsychological space teenagers with deviant behavior .....	46
<b>Novikov K.V., Dergunov A.V., Leonteva M.O.</b> Decrease in subjective feeling of postoperative pain in the day surgical hospital .....	58
<b>Kovtunenکو A.Yu., Erzin A.I.</b> Altruism as a behavioral correlate of successful aging in young people .....	64
<b>Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Grigoriev G.I., Kuznetsova D.V., Mizeras S., Tikniute G.</b> Psychological profile of persons who came to the course of psychophysical self-regulation .....	79
<b>Abakumova I.V., Godunov M.V.</b> Meaning dissonance as a psychological problem .....	113
<b>Volkova S.V., Statsenko A.V., Chernaya Yu.V.</b> Dynamics of psychological status of men with akne in the process of treatment .....	132
Information about the Journal.....	141

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.89

**В.В. Макеенко<sup>1</sup>, С.В. Кузнецов<sup>2</sup>,  
Д.А. Груздева<sup>3</sup>, Н.Н. Баурова<sup>1</sup>**

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ЭМПАТИЯ И СКЛОННОСТЬ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

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

<sup>2</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет  
(Россия, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35);

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

Описывается выявление зависимости между качеством жизни и склонностью к девиантности и эмпатии у студентов медицинских вузов Санкт-Петербурга и Хабаровска. В исследовании приняли участие 60 человек (44 девушки, 16 юношей). Для изучения субъективной оценки качества жизни студентов использовали опросник ВОЗ КЖ-100, эмпатию оценивали с помощью теста «Экспресс-диагностика эмпатии», склонность к девиантному поведению диагностировали опросником ИСАДА. Полученные данные не выходили за референтные данные тестов. По результатам работы склонность к девиантному поведению студентов медицинских вузов обнаруживает обратную зависимость от качества жизни. Склонность к девиантному поведению у студентов рассматриваемых групп не превышает нормативные показатели, при этом у студентов Хабаровска более выражена склонность к девиантному поведению: избегающему, суицидальному, делинкветному, аддиктивному. Установлена взаимосвязь девиантного

---

✉ Макеенко Владимир Владимирович – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: makeenko2001@mail.ru;

Кузнецов Сергей Владимирович – канд. мед. наук, доц. каф. непрерывного проф. образования, Ин-т непрерывного проф. образования и аккредитации, Дальневост. гос. мед. ун-т (Россия, 680035, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35);

Груздева Дарья Александровна – клинич. ординатор, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

Баурова Наталья Николаевна – канд. психол. наук, психолог каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6).

поведения с некоторыми видами эмпатии. Достоверной взаимосвязи между качеством жизни и эмпатией не выявлено. Настоящее исследование является pilotным. Необходимо проведение дополнительных исследований.

**Ключевые слова:** медицинская (клиническая) психология, психодиагностика, качество жизни, девиантность, эмпатия, студенты, медицинский вуз.

## Введение

В последние годы основные медико-демографические показатели здоровья молодежи имеют неблагоприятные тенденции. Наблюдается снижение количества абсолютно здоровых студентов, рост хронических заболеваний во всех возрастных группах, изменение структуры хронической патологии, обилие и динамичность факторов риска, негативно влияющих на состояние здоровья молодых людей.

Студенты-медики в этом отношении занимают особое положение, так как учебная нагрузка в медицинском вузе в среднем в 2 раза выше, чем у студентов технического вуза. Об устойчивых негативных тенденциях в состоянии здоровья молодежи свидетельствуют как данные официальной статистики, так и результаты выборочных исследований, проводимых научными коллективами в различных регионах России [1, 12, 14].

Так, по данным исследования Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей Минздрава России за последние 25 лет, распространенность функциональных отклонений среди юношей (17 лет) возросла на 170 %, а среди их сверстниц девушек – на 118 % [12].

Важными показателями, влияющими на здоровье молодежи, являются уровень и качество жизни.

Уровень жизни представляет собой объективный критерий, отражающий реальные условия сосуществования общества и индивида. Сюда относятся: климато-географические условия, экологическая ситуация, экономические, правовые, политические условия, уровень развития здравоохранения, в частности доступность и качество медицинской помощи. Уровень жизни нашёл своё отражение в индексе развития человеческого потенциала (ИРЧП). При расчете его учитываются такие индикаторы, как средняя продолжительность жизни, показатели образования и душевой доход. Например, по ИЧПР 2014 г. среди регионов России Санкт-Петербург занимал 2-е место (ИЧПР 0,921), г. Хабаровск – 43–45-е место (ИРЧП – 0,848) [2].

Качество жизни – это субъективный критерий, который отражает личностное восприятие человеком окружающей его действительности.



При этом качество жизни имеет не только рациональный компонент, но и эмоциональный, что, собственно, и определяет субъективность данного критерия и его зависимость от индивидуально-типологических свойств личности [13]. Эти свойства личности могут быть связаны с девиантным поведением, обуславливая формирование многочисленных порочных кругов во взаимодействии этих конструктов.

При этом современные подходы к изучению девиантного поведения носят междисциплинарный (психиатрия, психология, социология, право-ведение и др.) характер и определяются заметной дискуссионностью во взглядах, что проявляется в многообразии толкований данного феномена и отсутствии единой систематизации поведенческих отклонений. Студенты по своим поведенческим паттернам зачастую схожи с подростками. Девиантное поведение подростков достаточно освещено в отечественной медицинской литературе [8].

Одна из наиболее проработанных концепций отклоняющегося поведения в отечественной психологии принадлежит В.Д. Менделевичу, который выделял 11 форм отклоняющегося поведения [9]. А.В. Хомичом описаны «неклассические формы девиантного поведения» [15]. Известный философ и социолог А.А. Зиновьев определял отклоняющееся поведение в зависимости от типа социальной организации [3].

Основным сущностным признаком девиантного поведения, которое отмечается всеми исследователями, является отклонение от социально принятых норм, проявляющееся также в несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации и уклонении от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением [9]. Отечественные исследователи отклоняющимся называют такое поведение, в котором устойчиво проявляются отклонения от социальных норм: корыстной ориентации (правонарушения и проступки, связанные со стремлением получить материальную, денежную, имущественную выгоду: хищения, кражи, спекуляции); агрессивной ориентации (действия, направленные против личности: оскорбление, хулиганство, побои, изнасилование, убийство); социально-пассивной ориентации (стремление ухода от активной общественной жизни, уклонение от своих обязанностей и долга, нежелание решать личные и социальные проблемы: уклонение от работы и учебы, бродяжничество, употребление алкоголя и наркотиков, токсических средств, самоубийства) [7, 14].

В большей степени данная социальная патология отразилась на молодежи призывного возраста и, соответственно, получила свое развитие в

армии, выразившись в целом ряде негативных форм поведения: самовольном оставлении части, суицидальных тенденциях, повышенной агрессивности, употреблении психоактивных веществ, «дедовщине» и других деструктивных явлениях [7].

Девиантное поведение осложняет профессиональную деятельность человека. Так, в медицинской среде оно проявляется суицидальностью, алкоголизацией, агрессией по отношению к пациентам. При этом профессия врача отличается от других необходимостью наличия эмпатии (сопереживания, сочувствия страданиям больного человека), повышенной моральной ответственностью, готовностью к преодолению повышенных психоэмоциональных нагрузок [10].

*Цель исследования* – выявление зависимости между качеством жизни и склонностью к девиантности и эмпатии у студентов медицинских вузов Санкт-Петербурга и Хабаровска. Выбор второго региона был обусловлен тем фактом, что развитие Дальнего Востока рассматривается как приоритет России в XXI в. [2].

### **Материал и методы**

Обследование провели в 2017–2018 гг., в котором приняли участие две группы обучающихся:

1-я – 30 студентов (19 девушек, 11 юношей) V курса факультета подготовки и усовершенствования гражданских врачей Военно-медицинской академии (Санкт-Петербург);

2-я – 30 студентов (25 девушек, 5 юношей) V курса лечебного факультета Дальневосточного государственного медицинского университета (г. Хабаровск).

Социально-демографические показатели групп студентов представлены в табл. 1. Группы различались только по гендерному признаку, остальные социально-демографические показатели были практически одинаковыми. У обследуемых студентов было получено добровольное согласие на участие в обследовании и обработке персональных данных.

Для изучения качества жизни использовали опросник ВОЗ КЖ-100, адаптированный для России в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева [4]. Опросник включает 100 вопросов и представляет собой субъективные шкалы (в баллах), предназначенные для заполнения самим респондентом. Шкала опросника позволяет оценить качество 6 сфер жизни: физической, психологической, духовной сфер, уровень независимости, социальных взаимоотно-

ношений и окружающей среды. Каждая из 6 сфер состоит из субсфер, их общее количество – 24. Количественной характеристикой общего качества жизни является сумма значений всех 6 сфер (максимальное значение – 104,5 балла). В заключительной части опросника были включены 4 глобальных вопроса (G1–G4), суммарный балл ответов на которые (G) позволяет дать интегральную оценку удовлетворенности респондента качеством жизни и здоровья. Снижение параметров КЖ свидетельствовало об ухудшении общего состояния здоровья и адаптационных возможностей организма.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика групп студентов, n (%)

Показатель	1-я	2-я
Количество, в том числе:	30	30
юноши	11 (36,7)	5 (16,7)
девушки	19 (63,3)	25 (83,3)
Возраст, лет	23,2 ± 0,3	21,9 ± 0,1
Семейное положение:		
холостые	22 (73,3)	21 (70,0)
состоящие в официальном браке	3 (10,0)	5 (16,7)
состоящие в незарегистрированном браке	4 (13,3)	4 (13,3)
разъехавшиеся	1 (3,3)	
Социальное положение:		
из фермеров	3 (10,0)	5 (16,7)
из предпринимателей	3 (10,0)	4 (13,3)
из служащих	8 (26,7)	4 (13,3)
из рабочих	16 (53,3)	17 (56,7)

Склонность к девиантному поведению оценивали с помощью опросника ИСАДА [1]. Название дано по первым буквам основных шкал методики: «избегание», «суицидальность», «агрессивность», «делинквентность» и «аддиктивность». Всего в методике 60 вопросов, распределенных по 6 шкалам (включая шкалу лжи). Ответ предусматривал дихотомический вариант («да–нет»). Чем выше показатели по каждой из шкал, тем больше была выражена склонность к соответствующему ей типу отклоняющегося поведения. Сумма баллов основных 5 шкал выражала интегральный показатель склонности к девиантному поведению.

Эмпатию изучали с помощью теста «Экспресс-диагностика эмпатии» [11]. Опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, старикам, детям, героям художествен-

ных произведений, малознакомым и незнакомым людям. Методика содержала 36 вопросов, ответы на которые ранжировались от 0 до 5 баллов. Чем выше показатели по каждой из шкал, тем больше была выражена склонность к тому или иному виду эмпатии.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Связи между изучаемыми признаками оценивали путем вычисления коэффициента корреляции Пирсона. В тексте указаны средние арифметические показатели и ошибки средней величины ( $M \pm m$ ).

### Результаты и их анализ

По результатам анкетирования опросником ВОЗ КЖ-100 выявлены достоверные межгрупповые различия ( $p < 0,05$ ) по большинству показателей (табл. 2). Так, в 1-й группе студентов были выше уровни общей оценки качества жизни на 7,9 %, восприятия общего качества жизни и здоровья – на 14,5 %, уровня независимости – на 7,6 %, социальных взаимоотношений – на 15,3 %, окружающей среды – на 14,6 %.

Таблица 2  
Показатель качества жизни у студентов медицинских вузов, балл

Шкала опросника ВОЗ КЖ-100	Группа		p <
	1-я	2-я	
Восприятие общего качества жизни и здоровья	16,6 ± 0,41	14,5 ± 0,54	0,05
Физическая сфера	14,7 ± 0,33	14,0 ± 0,48	
Психологическая сфера	14,1 ± 0,42	14,0 ± 0,41	
Уровень независимости	17,0 ± 0,37	15,8 ± 0,36	0,05
Социальные взаимоотношения	15,8 ± 0,40	13,7 ± 0,61	0,05
Окружающая среда	14,9 ± 0,29	13,0 ± 0,32	0,05
Духовная сфера	16,3 ± 0,46	15,8 ± 0,68	
Общая оценка качества жизни	92,8 ± 1,73	86,0 ± 1,97	0,05

Общий показатель эмпатии был выше в 1-й группе студентов, однако не достигал достоверного уровня (табл. 3). Достоверно более высокие показатели в 1-й группе были получены по выраженности эмпатии с лицами пожилого и детского возрастов (на 31,3 % и 24,3 %, соответственно). При этом общий уровень эмпатии, а также его составляющие (эмпатия с родителями, животными, стариками, детьми, героями художественных произведений, малознакомыми людьми) соответствовали средним показателям в обеих группах.

Таблица 3

Показатель эмпатии у студентов медицинских вузов, балл

Шкала опросника эмпатии	Нормативные данные [11]	Группа		p <
		1-я	2-я	
Эмпатия с родителями	5–12	9,0 ± 0,53	8,8 ± 0,42	
Эмпатия с животными	5–12	6,3 ± 0,46	5,9 ± 0,47	
Эмпатия со стариками	5–12	8,4 ± 0,58	6,4 ± 0,46	0,05
Эмпатия с детьми	5–12	6,6 ± 0,42	5,3 ± 0,49	0,05
Эмпатия с героями художественных произведений	5–12	5,8 ± 0,40	7,0 ± 0,45	
Эмпатия с незнакомыми или малознакомыми людьми	5–12	7,9 ± 0,51	8,3 ± 0,47	
Общий уровень эмпатии	37-62	44,0 ± 1,71	41,7 ± 1,73	

Склонность к девиантному поведению у обследуемых студентов 1-й группы была достоверно ниже (табл. 4), что нашло свое отражение во всех его формах, за исключением агрессивности. Отмечается превышение уровня показателей во 2-й группе относительно 1-й по следующим шкалам: «склонность к избегающему поведению» – на 34,7 %, «склонность к суицидальному поведению» – на 27,1 %, «склонность к делинкветному поведению» – на 40,1 %, «склонность к аддиктивному поведению» – на 37,8 %. В целом склонность к девиантному поведению оказалась больше во 2-й группе на 31,6 %. При этом следует учитывать, что показатели в обеих группах не выходят за референтные данные методики.

Таблица 4

Показатели склонности к девиантному поведению у студентов медицинских вузов, балл

Шкала методики ИСАДА	Нормативные данные [1]	Группа		p <
		1-я	2-я	
Склонность к избегающему поведению	5,2 ± 0,7	3,2 ± 0,31	4,9 ± 0,29	0,05
Склонность к суицидальному поведению	6,0 ± 0,6	4,3 ± 0,38	5,9 ± 0,38	0,05
Склонность к агрессивному поведению	5,3 ± 1,1	4,0 ± 0,47	5,1 ± 0,37	
Шкала достоверности	7,4 ± 1,0	7,4 ± 0,25	7,7 ± 0,27	
Склонность к делинкветному поведению	4,2 ± 1,8	2,6 ± 0,33	4,4 ± 0,35	0,05
Склонность к аддиктивному поведению	5,0 ± 1,1	2,8 ± 0,36	4,5 ± 0,36	0,05
Склонность к девиантному поведению	23,2 ± 2,4	16,9 ± 1,30	24,7 ± 1,1	0,05

Кроме того, между уровнем общей оценки качества жизни и склонностью к девиантному поведению была обнаружена обратная корреляция-

онная связь средней силы как в 1-й ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,01$ ), так и во 2-й группе студентов ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ).

Между эмпатией и склонностью к девиантному поведению была выявлена прямая корреляционная связь средней силы в 1-й группе ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ) и незначимая корреляционная связь во 2-й группе студентов ( $r = -0,12$ ). При более подробном анализе взаимосвязей между отдельными типами девиантного поведения и видами эмпатии у студентов 1-й группы были получены следующие результаты: установлена положительная корреляционная связь ( $p < 0,05$ ) показателей по шкале «эмпатия с незнакомыми людьми» и всеми выявляемыми типами девиантного поведения «склонность к избегающему поведению» ( $r = 0,31$ ), «склонность к суицидальному поведению» ( $r = 0,42$ ), «склонность к агрессивному поведению» ( $r = 0,47$ ), «склонность к делинкветному поведению» ( $r = 0,48$ ), «склонность к аддиктивному поведению» ( $r = 0,30$ ). Положительные взаимосвязи ( $p < 0,05$ ) имели также показатели шкал «эмпатия с животными» и «эмпатия с художественной литературой» с такими видами девиантного поведения, как «склонность к суицидальному поведению» ( $r = 0,31$  и  $r = 0,59$ , соответственно), «склонность к агрессивному поведению» ( $r = 0,67$  и  $r = 0,36$  соответственно), «склонность к делинкветному поведению» ( $r = 0,44$  и  $r = 0,66$ , соответственно). При этом ни у одного из определяемых типов девиантного поведения не было установлено достоверных взаимосвязей с «эмпатией к родителям» и «эмпатией со стариками», а корреляционная связь с «эмпатией к детям» носила отрицательный характер, но не достигала статистически значимого уровня. Между качеством жизни и эмпатией значимых связей не выявлено.

Таким образом, можно констатировать, что склонность к девиантному поведению студентов медицинских вузов обнаруживает обратную зависимость от качества жизни. Склонность к девиантному поведению у студентов рассматриваемых групп не превышает нормативные показатели, при этом у студентов г. Хабаровска более выражена склонность к девиантному поведению: избегающему, суицидальному, делинкветному, аддиктивному. Установлена взаимосвязь показателей девиантного поведения с эмпатией к незнакомым людям, животным, художественной литературе, то есть «отстраненным эмпатическим категориям», между тем категория «ближнего круга» (родители, дети и старики) не вызывала должного эмпатического ответа. Полученные результаты могут косвенно свидетельствовать о том, что потребность в сопереживании у лиц с признаками отклоняющегося поведения реализуется через отстранённые объекты, при этом

эмпатия к близкому кругу общения снижена, что обуславливает проявления девиантных черт в поведении. Обратная зависимость эмпатии от склонности к девиантному поведению во 2-й группе является очень невыраженной, что в большей степени свидетельствует о независимости эмпатии.

Достоверной взаимосвязи между качеством жизни и эмпатией выявлено не было. Это говорит о том, что эмпатия представляет собой независимый конструкт, отражающий биологические характеристики личности, нежели систему отношений.

### **Заключение**

Настоящее исследование является пилотным. Полученные данные носят предварительный характер, требующий дальнейшей проверки и уточнения. Но уже сейчас очевидно, что необходимо совершенствовать профориентационную работу в школах, чтобы выбор будущей профессии происходил осознанно. Кроме того, следует обратить внимание на меры социальной поддержки студентов и, возможно, предусмотреть дополнительные занятия по психологии общения между будущими врачами и пациентами.

### **Литература**

1. Днов К.В., Баурова Н.Н. Разработка и апробация психодиагностической методики выявления военнослужащих, склонных к избегающему, суицидальному, агрессивному, делинквентному и аддиктивному поведению («ИСАДА») // Психология и психотехника. – 2016. – № 11. – С. 949–959.
2. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2016 год / под ред. С.Н. Бобылева, Л.М. Григорьева. – М. : Аналит. центр при Правительстве Рос. Федерации, 2016. – 298 с.
3. Зиновьев А.А. На пути к сверхобществу. – М. : Центрполиграф, 2000. – 638 с.
4. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике : учеб. пособие. – URL: [medpsy.ru/dictionary/metod\\_03\\_001.php](http://medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php) (дата обращения 07.11.2017).
5. Киселёв С.Н. Смертность от суицидов на Дальнем Востоке России // Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2017. – № 1. – С. 1–5.
6. Киселёв С.Н., Солохина Л.В. Индекс человеческого развития и отдельные показатели, характеризующие социальное благополучие населения Дальневосточного федерального округа // Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2017. – № 1. – С. 1–17.
7. Кувшинов К.Э., Шамрей В.К., Чаплык А.Л. [и др.]. Прогнозирование отклоняющегося поведения у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Воен.-мед. журн. – 2017. – № 9. – С. 4–11.

8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983. – 126 с.
9. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие. М. : Городец, 2016. – 368 с.
10. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Синенченко А.Г. Влияние профессиональной деятельности на личность врача-специалиста : учеб. материалы. – СПб. : Семаргл, 2006. – 60 с.
11. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии : учеб. пособие / под ред. А.А. Крылова. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. – 272 с.
12. Рзянкина М.Ф., Горбачёв А.В. Распространенность факторов риска среди обучающихся в ДВГМУ и их информированность о здоровьесберегающем поведении // Дальневост. мед. журн. – 2018. – № 3. – С. 71–75.
13. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – М. : Мед. информ. аг-во, 2009. – 544 с.
14. Хагуров Т.А., Позднякова М.Е., Ракачев В.Н. [и др.]. Девиантное поведение в современной России: алкоголь, наркотики, молодежный экстремизм (концепции и исследования). М. : Ин-т социологии РАН, 2014. – 200 с.
15. Хомич А.В. Психология девиантного поведения : учеб. пособие. Ростов н/Д. : Юж.-Рос. гуманитар. ин-т, 2006. 140 с.

Поступила 11.10.2019

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

**Для цитирования.** Makeenko V.V., Kuznetsov S.V., Gruzdeva D.A., Baurova N.N. Качество жизни, эмпатия и склонность к девиантному поведению у студентов медицинских вузов // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 7–18.

---

#### THE QUALITY OF LIFE, A PROPENSITY TO DEVIANT BEHAVIOR AND EMPATHY IN STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES

**Makeenko V.V.<sup>1</sup>, Kuznetsov S.V.<sup>2</sup>, Gruzdeva D.A.<sup>3</sup>, Baurova N.N.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy  
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Far-Eastern State Medical University  
(Muraviev-Amursky Str., 35, Khabarovsk, Russia);

<sup>3</sup> Bechterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology  
(Bechterev Str., 3, Saint-Petersburg, Russia)

✉ Vladimir Vladimirovich Makeenko – PhD Med. Sci., associate professor of Psychiatric department for Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: makeenko2001@mail.ru;



Sergey Vladimirovich Kuznetsov – PhD Med. Sci., associate professor of continuous professional training department for Institute of continuous professional training and accreditation Far-Eastern State Medical University (Muraviev-Amursky Str., 35, Khabarovsk, 680035, Russia);

Daria Aleksandrovna Gruzdeva – Resident Medical Practitioner for Bechterevo National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Bechterevo Str., 3, Saint-Petersburg, 192019, Russia);

Natalya Nikolaevna Baurova – PhD Psychol. Sci., psychologist of Psychiatric department for Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia).

**Abstract.** Article describes relationship between the quality of life and the propensity to deviant behavior and empathy among students of medical universities in St. Petersburg and Khabarovsk. 60 people took part in the study (44 girls, 16 boys). Students' quality of life was assessed using a quality of life questionnaire (version of WHO QL-100), empathy was assessed using a rapid diagnostic test of empathy, deviant behavior was tested using an ESADA questionnaire. The data obtained did not go beyond the reference test data. Propensity to deviant behavior of medical students reveals backward dependence to the quality of life. The tendency to deviant behavior among students of the groups under consideration does not exceed standard indicators, while students of Khabarovsk have a more pronounced tendency to deviant behavior: avoiding, suicidal, delinquent, addictive. The relationship of deviant behavior with some types of empathy was defined. There was no reliable correlation between the quality of life and empathy. This study is pilot. Additional research is needed.

**Keywords:** medical (clinical) psychology, psychodiagnostics, quality of life, deviance, empathy, students, medical university.

### References

1. Dnov K.V., Baurova N.N. Razrabotka i aprobatsiya psikhodiagnosticheskoi metodiki vyyavleniya voennosluzhashchikh, sklonnykh k izbegayushchemu, suitsidal'nomu, agressivnomu, delinkventnomu i addiktivnomu povedeniyu («ISADA») [Development and testing of psychodiagnostic methods for identifying military personnel prone to avoidant, suicidal, aggressive, delinquent and addictive behavior («ESADA»)]. *Psikhologiya i Psikhotehnika* [Psychology and Psychotechnics]. 2016. N 11. Pp. 949–959. (In Russ.)
2. Doklad o chelovecheskom razvitiy v Rossiiskoi Federatsii za 2016 god [Human Development Report 2016 in the Russian Federation]. Eds. : S.N. Bobylev, L.M. Grigor'ev. Moskva. 2016. 298 p. (In Russ.)
3. Zinov'ev A.A. Na puti k sverkhobshchestvu [On the way to super-society]. Moskva. 2000. 638 p. (In Russ.)
4. Ispol'zovaniye oprosnika kachestva zhizni (versiya VOZ) v psikiatricheskoy praktike [Use of the quality of life questionnaire (WHO version) in psychiatric practice: schoolbook]. URL: [medpsy.ru/dictionary/metod\\_03\\_001.php](http://medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php) (date of access: 07.11.2017) (In Russ.)
5. Kiselev S.N. Smertnost' ot suitsidov na Dal'nem Vostoke Rossii [The death rate from suicide in the Far East of Russia]. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i*

*zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Russian Far East]. 2017. N 1. URL: [www.fesmu.ru](http://www.fesmu.ru) (In Russ.)

6. Kiselev S.N., Solokhina L.V. Indeks chelovecheskogo razvitiya i otdel'nye pokazateli, kharakterizuyushchie sotsial'noe blagopoluchie naseleniya Dal'nevostochnogo federal'nogo okruga [The human development index and individual indicators characterizing the social well-being of the Far Eastern Federal district's population]. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Russian Far East]. 2017. N 1. URL: [www.fesmu.ru](http://www.fesmu.ru) (In Russ.)

7. Kuvshinov K.E., Shamrei V.K., Chaplyuk A.L. [et al.]. Prognozirovanie otklonyayushchegosya povedeniya u voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu [Deviant behavior predication among conscripts]. *Voennomeditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2017. N 9. Pp. 4–11. (In Russ.)

8. Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathy and character accentuation in adolescents]. Leningrad. 1983. 126 p. (in Russ.)

9. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. Moskva. 2016. 368 p. (In Russ.)

10. Nechiporenko V.V., Lytkin V.M., Sinchenko A.G. Vliyanie professional'noi deyatelnosti na lichnost' vracha-spetsialista [The influence of professional activity on the personality of a doctor]. Sankt-Peterburg. 2006. 60 p. (In Russ.)

11. Praktikum po eksperimental'noy i prikladnoy psikhologii [Workshop on experimental and applied psychology]. Ed. : A.A. Krylov. Leningrad. 1990. 272 p. (In Russ.)

12. Rzyankina M.F., Gorbachev A.V. Rasprostranennost' faktorov riska sredi obuchayushchikhsya v DVGMU i ikh informirovannost' o zdorov'esberegayushchem povedenii [Health risk factors in the students of the Far Eastern State Medical University and their awareness about health-maintenance behavior]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal* [Far East Medical Journal]. 2018. N 3. Pp. 71–75. (In Russ.)

13. Rukovodstvo po sotsial'noi psikhiiatrii [Social Psychiatry Guide]. Eds: T.B. Dmitrieva, B.S. Polozhii. Moskva. 2009. 544 p. (In Russ.)

14. Khagurov T.A., Pozdnyakova M.E., Rakachev V.N. [et al.]. Deviantnoe povedenie v sovremennoi Rossii: alkohol', narkotiki, molodezhnyi ekstremizm (kontseptsii i issledovaniya) [Deviant behavior in modern Russia: alcohol, drugs, youth extremism (concepts and research)]. Moskva. 2014. 200 p. (In Russ.)

15. Khomich A.V. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. Rostov-na-Donu. 2006. 140 p. (In Russ.)

Received 11.10.2019

**For citing.** Makeenko V.V., Kuznetsov S.V., Gruzdeva D.A., Baurova N.N. Kachestvo zhizni, empatiya i sklonnost' k deviantnomu povedeniyu u studentov meditsinskikh vuzov. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 7–18. (In Russ.)

Makeenko V.V., Kuznetsov S.V., Gruzdeva D.A., Baurova N.N. The quality of life, a propensity to deviant behavior and empathy in students of medical universities. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 7–18.

## ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

<sup>1</sup> Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина  
(Россия, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10);

<sup>2</sup> Северо-западный институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при президенте России  
(Россия, Санкт-Петербург, Средний проспект В. о., д. 57/43).

Исследовано отношение к болезни в контексте социальных взаимодействий у женщин с диагнозом «миома матки» (D25 по МКБ-10), проходящих лечение в клинике акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Обследовано 30 пациентов с диагнозом «миома матки» и 30 пациентов, не имеющих в анамнезе этого заболевания. Пациентов обследовали психодиагностическими методиками: тип отношения к болезни (ТОБОЛ), уровень социальной фрустрации (УСФ), особенности социального взаимодействия (методики «Биографический опросник», «Гиссенский тест»). Выявлено, что пациентам с диагнозом «миома матки» в большей степени характерен тип отношения к болезни «Эргопатически-сенситивный». Наиболее фрустрирующими аспектами социальных взаимодействий являются «Взаимоотношения с мужем», «Взаимоотношения с детьми», «Времяпрепровождение досуга», а также «Физическое состояние». Ведущий тип отношения к болезни тесно взаимосвязан с особенностями социальных взаимодействий. Полученные данные позволяют проводить целенаправленную психокоррекционную и просветительскую работу с пациентами и с их ближайшим окружением.

**Ключевые слова:** медицинская (клиническая) психология, психодиагностика, новообразования, миома матки, психосоматика, отношение к болезни, социальная фрустрация.

---

✉ Лустин Сергей Иванович – д-р мед. наук проф., проф. каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), проф. каф. соц. технологий Северо-Зап. ин-та управления Рос. акад. народ. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ (Россия, 199178, Санкт-Петербург, Средний проспект В. о., д. 57/43), e-mail: lustin@bk.ru;

Колосова Анастасия Геннадьевна – клинич. психолог каф. психофизиологии и клинич. психологии, Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина (Россия, 196605, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10), e-mail: dr.kolosova13@yandex.ru.

## **Введение**

Повышенный интерес к психологическому здоровью женщин с гинекологическими заболеваниями наблюдается как в отечественной, так и в зарубежной психологии [1, 2, 6, 7, 9]. Проблема психологической помощи гинекологическим больным является недостаточно изученной темой в клинической психологии.

Разработки по внутренней картине болезни до сих пор не в полной мере применяются в медицине, в то время как учет психологических особенностей женщин с гинекологическими заболеваниями является необходимой составляющей процесса лечения.

Актуальность данного исследования обуславливается необходимостью совершенствования системы охраны репродуктивного здоровья населения, формирования комплексного подхода к лечению женщин с репродуктивными проблемами в связи с ухудшением медико-демографической ситуации в стране.

Неуклонный рост диагностирования, а также «омоложение» гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста происходят в последние годы практически по всем нозологическим формам [5, 8, 9]. Одним из наиболее часто встречаемых гинекологических заболеваний, ассоциированных с нарушением реализации репродуктивной функции, выступает и миома матки (D25 по МКБ-10). В возрасте старше 35 лет миому матки обнаруживают у каждой 4-5-й женщины, а на долю этого заболевания в возрасте 36–55 лет приходится до 90 % всех опухолевых гинекологических заболеваний. В гинекологических стационарах оперативное вмешательство по поводу миомы матки проводят более чем у 50 % пациенток [8].

При этом необходимо подчеркнуть, что исследования ряда авторов показали, что в организме больных с этим заболеванием наблюдаются существенные изменения во многих органах и системах (иммунной, нервной, эндокринной), и это говорит о полисистемном поражении организма [8].

Тактика исследования, психологического сопровождения и реабилитации больных с миомой матки требует особого подхода, включая психосоматические аспекты, связанные со здоровьем женщины.

Цель исследования – выявить особенности отношения к болезни в контексте социальных взаимодействий у женщин с миомой матки.

## **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе хирургического отделения клиники акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного

медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Обследовали 60 женщин гинекологического отделения, из них к 1-й группе относились пациенты с диагнозом «миома матки» ( $n = 30$ ) и ко 2-й (контрольной) – пациенты, не имеющие в анамнезе этого диагноза ( $n = 30$ ). Средний возраст пациентов –  $(31,5 \pm 6)$  лет, стаж заболевания –  $(3 \pm 1)$  год. Обследованные пациенты дали информированное согласие на психологическое обследование и обработку персональных данных.

Психологическое состояние пациентов и особенности их социальных взаимодействий оценили при помощи психодиагностических методик:

– тип отношения к болезни определяли при помощи методики ТОБОЛ, сконструированной в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана [3];

– уровень социальной фрустрации изучали при помощи методики «Уровень социальной фрустрации» (УСФ), разработанной также в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана для экспресс-психологической диагностики сферы личностно-средовых отношений, оценки риска стрессогенности социальных факторов-фрустраторов и риска нарушений психической адаптации и качества жизни [4];

– особенности социального взаимодействия (социальные установки, реакции личности) оценили при помощи Гиссенского теста в адаптации А.А. Бодалева и В.В. Столина. Результаты оценивались по 6 шкалам: «Социальное одобрение», «Доминантность», «Контроль», «Агрессия», «Открытость–замкнутость», «Социальные способности». Обследуемые заполняли последовательно 3 идентичных варианта данной методики для прошлого, настоящего и будущего времени;

– сведения о биографии, актуальном психическом состоянии, влиянии семейной ситуации изучали при помощи методики «Биографический опросник» в адаптации В.А. Чикер. Результаты оценивали по 8 шкалам: «Семейная ситуация», «Сила Я», «Социальное положение», «Стиль воспитания», «Нейротизм», «Социальная активность», «Психофизическая конституция», «Экстраверсия».

Для сбора анамнестических данных использовали:

- авторскую анкету, включающую перечень открытых вопросов, касающихся паспортных данных, а также образования, семейного положения, вредных привычек, сопутствующих заболеваний;

- клиническую беседу, направленную на определение общего эмоционального настроения пациентов, мотивирование их на прохождение обследования и дальнейшего сотрудничества.

Полученные данные по методу Колмогорова–Смирнова приближались к параметрическому распределению. В статистическую обработку результатов исследования включали определение достоверности различий между двумя выборками по t-критерию Стьюдента и корреляционный анализ по Пирсону.

### Результаты и их обсуждение

Распределение средних значений типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ в группах представлены на рис. 1.

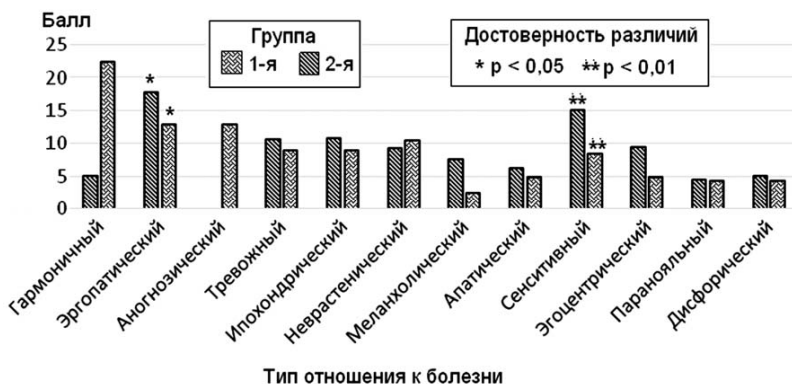


Рис. 1. Распределение средних значений (балл) по методике ТОБОЛ в группах

Ведущим типом отношения к болезни у женщин с миомой матки является: «Эргопатический» ( $p < 0,05$ ) и «Сенситивный» ( $p < 0,01$ ). Такие пациенты, избегая мыслей о заболевании, нагружали себя работой. К выбору специалистов и лечению подходят выборочно, стараясь сохранить возможность выполнять профессиональные функции. Пациенты с миомой матки предпочитали не делиться информацией о своем заболевании с окружающими людьми. Им присуща чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их заболевании.

Несмотря на то что по общим результатам социальная фрустрация у женщин с миомой матки отсутствует, по четырем шкалам выявлена устой-

чивая тенденция к фрустрированности. Наиболее фрустрирующими аспектами социальных взаимодействий являются: «Взаимоотношения с мужем», «Взаимоотношения с детьми», «Времяпрепровождение досуга», а также «Физическое состояние».

Данные, полученные по Гиссенскому тесту, представлены на рис. 2. Исходя из полученных результатов, в 1-й группе представление женщин о себе в прошлом времени можно описать следующим образом: социально-непривлекательные люди, непопулярные, нецелеустремленные, неаккуратные, склонные к беззаботному поведению, не склонные к рефлексии и самокритике, доверчивые, нуждающиеся в социальном одобрении и любви, но при этом властолюбивые и нетерпеливые, конкурентоспособные, способные на сильные чувства. Во 2-й группе женщин все результаты находятся в «коридоре нормы» и описывают в прошлом гармоничные, достаточно социально-желательные, гибкие в межличностных взаимодействиях, довольно аккуратные и постоянные, открытые, не скрывающие потребность в любви, при этом конкурентоспособные личности.

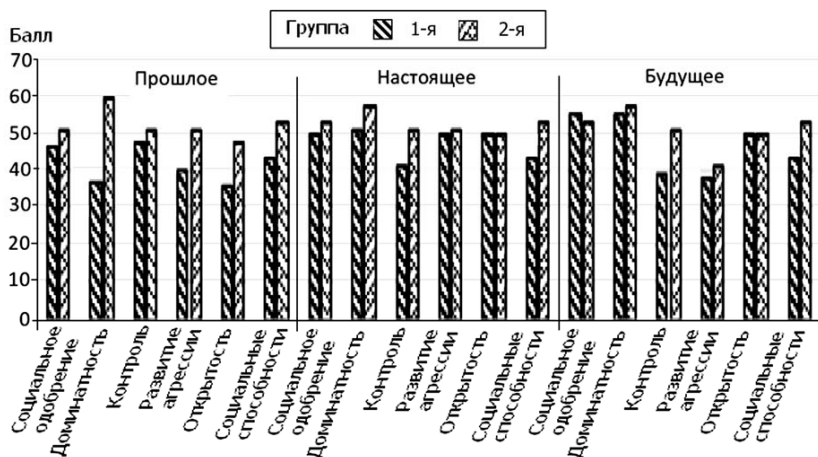


Рис. 2. Распределение Т-баллов по Гиссенскому тесту в группах

В блоке «Настоящее» наблюдается тенденция к приближению результатов к «норме» – к 50 Т-баллам. Женщины 1-й группы оценивают себя социально-желательными людьми, более популярными, целеустремленными, рефлексирующими и самокритичными, но при этом неаккуратными, непостоянными, доверчивыми, нуждающимися в социальном одобрении

и любви. Результаты во 2-й группе женщин принципиальным образом не меняются (см. рис. 2).

В блоке «Будущее» женщины 1-й группы оценивают себя социально-желательными людьми, более популярными, целеустремленными, открытыми, контактными, конкурентоспособными, способными на сильные чувства, но при этом менее аккуратными, непостоянными, отмечают склонность к легкомысленным поступкам, также в будущем они видят себя независимыми, не скрывающими раздражения и не склонными к самокритике. Результаты женщин во 2-й группе практически аналогичны результатам женщин 1-й группы, помимо того что в будущем они также видят себя более независимыми и не склонными к самокритике (см. рис. 2).

Таким образом, результаты исследования по Гиссенскому тесту позволяют сделать некоторые заключения:

во-первых, в прошлом времени пациенты оценивали себя как социально-непривлекательные люди, непопулярные, нецелеустремленные, неаккуратные, склонные к беззаботному поведению, не склонные к рефлексии и самокритике, доверчивые, нуждающиеся в социальном одобрении и любви, но при этом властолюбивые и нетерпеливые, конкурентоспособные, способные на сильные чувства;

во-вторых, наблюдается положительная динамика представлений окружающих о себе (шкала соц. одобрения,  $p < 0,05$ ), а именно, появляются позитивные изменения в субъективных представлениях пациентов 1-й группы о том, как их видит окружение, они ощущают повышение своей социальной значимости, привлекательности и целеустремленности;

в-третьих, положительная динамика саморегулирования (шкала доминантности,  $p < 0,05$ ). Обследуемые ощущают себя более терпеливыми и уступчивыми, но при этом есть рост показателей непостоянства и легкомысленности. Такое противоречие может повлечь за собой также внутриличностный конфликт.

Результаты исследования по «Биографическому опроснику» представлены на рис. 3. После перевода данных в стандартизированные единицы большинство шкал приобрели средние значения (5 стенов).





Рис. 3. Средние значения (стенны) по «Биографическому опроснику»

Можно сделать вывод, что для женщин 1-й группы характерны умеренная сила «Я», в целом они уверены в себе, часто добиваются поставленных целей. Также женщины с миомой матки обладают психической устойчивостью, гибким эмоциональным реагированием, ситуативной чувствительностью и тревожностью. Они нормально адаптируются в социальном и психологическом планах, несмотря на ситуационные трудности в выстраивании межличностного контакта и открытии себя, проявляют среднюю социальную активность. Женщины 1-й группы не отмечают у себя выраженной склонности к соматическому реагированию на психологические и социальные стресс-факторы.

Во 1-й группе женщин повышенный результат наблюдается по шкале «Семейная ситуация» ( $p < 0,05$ ), то есть обследуемые отмечают взаимоотношения в родительской семье как негативное, неблагоприятное влияние со стороны семьи в детстве и юности. Также повышенное значение имеет шкала «Социальное положение» ( $p < 0,01$ ), женщины 1-й группы отмечают частые ситуации напряжения в межличностном и социальном взаимодействии, эпизодические трудности в социальной адаптации. Повышенные результаты по шкале «Воспитание» ( $p < 0,05$ ) свидетельствуют о негативно-воздействующем поведении в родительской семье обследуемых, о невротизированном стиле воспитания. Во 2-й группе женщин лишь значения шкалы «Сила Я» были ниже среднего результата, что указывало на выраженные проявления «Я», самоуверенность и целеустремленность.

Опираясь на результаты частотного анализа, было выделено два ведущих типа отношения к болезни женщин с миомой матки – «Эргопатический» и «Сенситивный». Исходя из этого, был проведен корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между типами отношения к болезни и

социально-психологическими характеристиками женщин 1-й группы. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице.

Корреляционные связи между типами отношения к болезни и социально-психологическими характеристиками женщин 1-й группы

Тип отношения к болезни	Социально-психологическая характеристика	r
«Эргопатический»	Неудовлетворенность взаимоотношениями с	
	родителям	0,52
	родственниками	0,53
	друзьями	0,36
	коллегами	- 0,31
	Неудовлетворенность материальным положением	0,37
«Сенситивный»	Неудовлетворенность взаимоотношениями с	
	родителям	0,52
	родственниками	0,54
	друзьями	0,55
	Неудовлетворенность образом жизни	0,44
	Неудовлетворенность положением в обществе	0,31

Можно сделать предположение, что из-за нескладывающихся, негармоничных отношений в семье, из-за отсутствия поддержки со стороны родных и близких, а также друзей пациентки с диагнозом «миома матки» стараются найти поддержку и помощь «извне», а конкретно среди своих коллег. Также «уход в работу» можно рассматривать как поиск причин для «нерешения» существующих проблем как со здоровьем, так и со взаимоотношениями в семье.

Также можно сделать предположение, что трепетное отношение к тому, что будут думать и говорить твои близкие, может быть связано с неблагоприятным фоном в отношениях внутри семьи и с друзьями. Пациентки не рассказывают о своем недуге, так как не хотят обострять и без того напряженную ситуацию в семье и дружеском коллективе. Боязнь, что их оттолкнут, не поймут, не помогут, как бы им того хотелось, препятствует открытому диалогу с близкими об их заболевании.

### Заключение

Миома матки (D25 по МКБ-10) – распространенное заболевание, которое может привести к ряду серьезных осложнений, в том числе к потере возможности иметь детей.

Судьба репродуктивного здоровья пациенток с диагнозом «миома матки», составляющих существенную часть контингента, наблюдаемого врачами гинекологами, во многом зависит от эффективности проводимого лечения. Большое значение имеет психологическое сопровождение таких пациенток на протяжении всего процесса лечения, с учетом отношения к болезни во взаимосвязи с социальными аспектами жизнедеятельности.

Результаты проведенного исследования позволили выявить, что у женщин с миомой матки ведущими типами отношения к болезни являются «Эргопатический» и «Сенситивный», а к фрустрирующим аспектам социальных взаимодействий относятся «Взаимоотношения с мужем», «Взаимоотношения с детьми», «Времяпрепровождение досуга» и «Физическое состояние». «Эргопатический» и «Сенситивный» типы отношения к болезни имеют прямую взаимосвязь с такими социально-психологическими характеристиками женщин как неудовлетворенность отношениями с родителями, родственниками и друзьями, а также неудовлетворенность образом жизни.

Таким образом, в практической работе клиническим психологам необходимо учитывать не только отношение пациенток к болезни, но и социальный контекст, напрямую связанный с ним.

### Литература

1. Блох М.Е. Особенности переживаний гинекологических больных в предоперационном периоде // Журн. акушерства и женских болезней. – 2014. – № 6. – С. 32–37.
2. Блох М.Е. Добряков И.В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Журн. акушерства и женских болезней. – 2013. – № 3. – С. 16–19.
3. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей. – СПб. : Изд. центр НИПНИ им. Бехтерева, 2005. – 32 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Бербин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение : метод. рекомендации. – СПб. : Изд. центр НИПНИ им. Бехтерева, 2004. – 29 с.
5. Добрынина М.Л., Смирнова С.В., Новикова Л.С., Хребтова А.С. Темпы роста миомы матки и психологические характеристики женщин // Вестн. Иванов. гос. мед. акад. – 2013. – № 4. – С. 31–34.
6. Корова Л.В. Цивьян Б.Л. Эффективность применения отдельных методов реабилитации у пациенток с миомой матки // Урал. мед. журн. – 2015. – № 9. – С. 138–141.
7. Кочарян А.С., Макаренко А.А., Дин Шао Дзе. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией // Перспективы науки и образования : междунар. электрон. науч. журн. – 2015. – № 5. – С. 88–92.

8. Савельева Г.М., Радзинский В.Е., Серов В.Н. Гинекология : нац. руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1040 с.

9. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции. // Вестн. Тамбов. гос. ун-та. Сер.: Гуманит. науки. – 2013. – Вып. 9 (125). – С. 190–198.

Поступила 21.10.2019

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

**Для цитирования.** Лустин С.И., Колосова А.Г. Отношение к болезни в контексте социальных взаимодействий у женщин с миомой матки // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 19–30.

---

#### RELATION TO DISEASES IN THE CONTEXT OF SOCIAL INTERACTIONS IN WOMEN WITH MYOMO UTERUS

**Lustin S.I.<sup>1,2</sup>, Kolosova A.G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Leningrad State University named after A.S. Pushkin  
(Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup>North-West Institute of Management The Russian Presidential Academy  
of National Economy and Public Administration  
(Srednii Avenue, 57/43, St. Petersburg, Russia).

✉ Sergey Ivanovich Lustin – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Leningrad State University named after A.S. Pushkin (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), Professor, Department of Social technologies, North-West Institute of Management The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (57/43, Srednii Avenue, St. Petersburg, 199178, Russia), e-mail: lustin@bk.ru;

Anastasia Gennadyevna Kolosova – Clinical Psychologist, Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Leningrad State University named after A.S. Pushkin (Petersburg highway, 10, Pushkin, St. Petersburg, 196605, Russia), e-mail: dr.kolosova13@yandex.ru.

**Abstract.** The attitude to the disease in the context of social interactions in women with a diagnosis of uterine fibroids (D25 according to ICD-10) undergoing treatment at the clinic of obstetrics and gynecology of the First St. Petersburg Medical University. Acad. I.P. Pavlova. Thirty patients with a diagnosis of uterine fibroids and 30 patients who did not have a history of this disease were examined. Patients were examined by psychodiagnostic methods: the type of attitude to the disease (TOBOL), the level of social frustration (USF), the features of social interaction (methods “Bio-

graphical Questionnaire”, “Giessen Test.” It was revealed that patients diagnosed with uterine fibroids in pain The type of attitude towards the disease is “Ergopathically Sensitive.” The most frustrating aspects of social interactions are “Relationships with a husband,” “Relationships with children,” “Activities of leisure time,” and also “Physical condition.” The leading type of attitude towards the disease is closely interconnected with the features of social interactions. The data obtained will allow for targeted psychocorrectional and educational work with patients and their immediate surroundings.

**Keywords:** medical (clinical) psychology, psychodiagnostics, neoplasms, uterine fibroids, psychosomatics, attitude to the disease, social frustration.

### References

1. Blokh M.E. Osobennosti perezhivaniy ginekologicheskikh bol'nykh v predoperatsionnom periode [Features experiences of gynecological patients in the preoperative period]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei* [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]. 2014. N 6. Pp. 32–37. (In Russ.)

2. Blokh M.E. Dobryakov I.V. Psikhologicheskaya pomoshch' v kompleksnom podkhode k resheniyu problem reproduktivnogo zdorov'ya [Psychological assistance in an integrated approach to solving reproductive health problems]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei* [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]. 2013. N 3. Pp. 16–19. (In Russ.)

3. Vasserman L.I. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei [Psychological diagnosis of attitudes towards the disease]. Sankt-Peterburg. 2005. 32 p.

4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki urovnya sotsial'noi frustrirovannosti i ee prakticheskoe primeneniye [Methods for the psychological diagnosis of the level of social frustration and its practical application]. Sankt-Peterburg. 2004. 29 p. (In Russ.)

5. Dobrynina M.L., Smirnova S.V., Novikova L.S., Khrebtova A.S. Tempy rosta miomy matki i psikhologicheskii kharakteristiki zhenshchin [Growth rates of uterine fibroids and psychological characteristics of women]. *Vestnik Ivanovskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Ivanovo medical academy]. 2013. N 4. Pp. 31–34. (In Russ.)

6. Korova L.V. Tsiv'yan B.L. Effektivnost' primeneniya otdel'nykh metodov rehabilitatsii u patsientok s miomoi matki [The effectiveness of the use of individual methods of rehabilitation in patients with uterine myoma]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2015. N 9. Pp. 138–141. (In Russ.)

7. Kocharyan A.S., Makarenko A.A., Din Shao Dze. Psikhologicheskii osobennosti zhenshchin s ginekologicheskoi patologiei [Psychological features of women with gynecological pathology] *Perspektivy nauki i obrazovaniya : mezhdunarodnyi elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Prospects for Science and Education. International electronic scientific journal]. 2015. N 5. Pp. 88–92. (In Russ.)

8. Savel'eva G.M., Radzinskii V.E., Serov V.N. Ginekologiya : natsional'noe rukovodstvo [Gynecology : national leadership]. Moskva. 2019. 1040 p. (In Russ.)

9. Ryabova M.G. Individual'no-psikhologicheskii osobennosti zhenshchin s razlichnymi tipami narusheniya reproduktivnoi funktsii [Individually-psychological

features of women with various types of reproductive disorders]. *Vestnik Tambovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki* [Bulletin of the Tambov University. Series: Humanities]. 2013. Vol. 9 (125). Pp. 190–198. (In Russ.)

Received 21.10.2019

**For citing.** Lustin S.I., Kolosova A.G. Otnoshenie k bolezni v kontekste sotsial'nykh vzaimodeistvii u zhenshchin s miomoi matki. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 19–30. (In Russ.)

Lustin S.I., Kolosova A.G. Relation to diseases in the context of social interactions in women with myomo uterus. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 19–30.

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПРИЗНАНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, А ТАКЖЕ С УРОВНЕМ ВОСПРИНИМАЕМОГО СТРЕССА РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СЛУЖБ

Гомельский государственный университет им. Франциска Скорины  
(Республика Беларусь, Гомель, Советская ул., д. 104)

Рассмотрены вопросы проявления и взаимосвязи социальной поддержки и признания с функциональным уровнем психического и физического здоровья, уровнем воспринимаемого стресса у сотрудников подразделений ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и работников скорой медицинской помощи. В ходе исследования установлено, что такие проявления отсутствия социальной поддержки, как всеобщее непонимание и непонимание со стороны семьи того, что приходится пережить работникам экстремальных служб в рамках своей профессиональной деятельности, сказывается особенно негативно на уровне воспринимаемого стресса, а также на их психическом и физическом здоровье.

**Ключевые слова:** социальная поддержка и признание, функциональный уровень психического и физического здоровья, работники экстремальных служб, уровень воспринимаемого стресса.

Работа спасателей, медицинских работников скорой помощи и работников правоохранительных органов во всем мире связана с повышенным риском развития стресс-обусловленных заболеваний. Этому способствуют высокий уровень ответственности и социальное давление, большой объем физических нагрузок, необходимость использования тяжелого снаряжения. Постоянное столкновение работников экстремальных служб со стрессовыми ситуациями, которые зачастую связаны с риском для собственной жизни, человеческими жертвами, реакцией родных погибших, – приводит к ухудшению физического и психического здоровья.

---

✉ Крутолевич Анна Николаевна – канд. психол. наук, доцент каф. психологии, Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины (Республика Беларусь, 246019, г. Гомель, Советская ул., д. 104), e-mail: krutolew @yahoo.de.

Работа выполнена при финансовой поддержке фонда правительства Швейцарской Конфедерации (ESKAS), индивидуальный исследовательский грант.

В ответ на исключительный физический и психологический стресс при катастрофах и бедствиях могут возникнуть как острая реакция на стресс, так и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [1]. Известно, что риск развития посттравматических стрессовых расстройств в течение жизни у работников экстремальных служб увеличен в 4–5 раз в сравнении с гражданскими группами населения и составляет, по данным различных исследований, от 18,2–22,2 до 32–36 % [14].

В рамках психосоматической патологии как следствие переживаемого стресса могут возникнуть спазм сосудов и ишемия тканей, снижение моторики желудочно-кишечного тракта. При длительном стрессовом воздействии может произойти трансформация защитной формы стрессового реагирования в сердечно-сосудистую или желудочно-кишечную патологию [1].

Так, проведенные среди работников пожарных частей исследования показали, что самой распространенной причиной смерти пожарных являются не ожоги и отравление ядовитым дымом, а заболевания сердечно-сосудистой системы [3, 20]. Об ухудшении здоровья пожарных, связанного с вдыханием продуктов горения, которые обладают канцерогенными, окислительными и токсичными свойствами, отмечается и в современных исследованиях [1, 2].

К наиболее распространенным ситуациям, которые приводят к смерти по причине сердечно-сосудистых заболеваний, относятся «тушение пожара» (32,1 %), «вызов (подъем) по тревоге» (13,4 %), «возвращение после вызова по тревоге» (17,4 %), «физическая нагрузка и тренировка» (12,5 %), «реакция на вызов по тревоге без пожара» (9,4 %) и другие ситуации (15,4 %) [16]. В исследованиях сообщается о сбое режима сна и бодрствования, а также об эмоциональном напряжении вследствие тревожного ожидания при несении суточных дежурств [4].

В зарубежных и российских исследованиях выявлены особенности жалоб у пожарных-спасателей: боли в спине, головные боли, нарушения сна, памяти и концентрации внимания, увеличение числа депрессивных и агрессивных состояний, систематичное употребление алкоголя и алкоголизм [5, 6, 19]. При этом четко прослеживается связь наличия и выраженности соматических заболеваний, никотиновой зависимости и систематического употребления алкоголя с длительностью служебной деятельности [5]. В исследованиях также говорится о снижении устойчивости к стрессу [3].



Многочисленные исследования подчеркивают важную роль социальной поддержки в отношении психопатологических показателей работников экстремальных служб, выявляя достоверную взаимосвязь между уровнем профессионально обусловленных стрессовых расстройств и социальной поддержкой профессионального окружения, а также со стороны семьи, что можно найти в целом ряде исследований [8, 9, 18, 22]. Недостаточная социальная поддержка приводит к ухудшению психического здоровья, пролонгации и хроническому протеканию ПТСР [21, 23]. Защитное действие социальной поддержки и воспринимаемого социального признания хорошо подтверждено результатами эмпирических исследований. Защитная функция во многом объясняется тем, что социальная поддержка удовлетворяет человеческую потребность в эмоциональной близости и защищенности и действует как буфер между стрессобразующими событиями и психическим здоровьем.

Основными задачами исследования являлись: анализ взаимосвязи критерия «функциональный уровень психического и физического здоровья», «воспринимаемый стресс» и таких проявлений социальной поддержки, как социальное признание и поддержка со стороны семьи, друзей, коллег, руководства, всеобщее непонимание и непонимание со стороны семьи.

### **Материал и методы**

В исследовании участвовало 168 человек, среди них 115 профессиональных пожарных-спасателей и 53 работника скорой медицинской помощи. Исследование было проведено непосредственно в подразделениях и на центральной станции скорой медицинской помощи, где работники осуществляют свою деятельность посменно. Среди работников органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям основную часть опрошенных составили мужчины (96,5 %), а среди работников скорой медицинской помощи большую часть опрошенных, наоборот, женщины (66 %). Средний возраст опрошенных составил 31 год, средний стаж работы в экстремальных службах на момент исследования – 113 месяцев (9,4 года). Среди всех опрошенных 23,2 % (39 человек) составили женщины и 76,8 % (129 человек) – мужчины.

В комплексную анкету-опросник вошли вопросы на определение уровня социальной поддержки и признания, физического и психического здоровья и уровня воспринимаемого стресса. Анкетирование проходило анонимно.

Шкала по определению уровня социальной поддержки (Social Acknowledgement Questionnaire) позволяет оценить масштаб той поддержки и признания со стороны семьи, друзей, коллег, которую получает опрашиваемый после пережитых потенциально травмирующих ситуаций. Шкала включает в себя три субшкалы: «Социальное признание» («Мои друзья проявили участие к тому, что я пережил»), «Всеобщее непонимание» («К тому, что я пережил, проявляется слишком мало участия») и «Непонимание со стороны семьи» («В моей семье недооценивается то, что я пережил»). Оценка 16 утверждений дается по четырёхбалльной шкале Ликерта [15].

Краткая форма опросника «Health Survey» позволяет оценить функциональный уровень психического и физического здоровья опрашиваемых и состоит из 12 утверждений [11].

Краткая форма опросника «Perceived stress scale» позволяет оценить уровень воспринимаемого стресса и состоит из 4 утверждений [7].

Для порядковых и номинальных переменных (пол, семейное положение), а также для количественных признаков, не подчиняющихся нормальному распределению (возраст, стаж по профессии, уровень образования, функциональный уровень психического и физического здоровья, воспринимаемый стресс), рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмэна.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ полученных данных о 168 работниках экстремальных служб показал, что состояние своего психического и физического здоровья они оценили достаточно низко  $M_{\text{физ.}} = 49,73$  ( $S = 7,51$ ), а  $M_{\text{псих.}} = 46,83$  ( $S = 10,27$ ), что соответствует оценке состояния психического и физического здоровья группе лиц с «острыми и хроническими заболеваниями» [10]. Особенно низко респондентами было оценено их психическое здоровье. Средний уровень воспринимаемого стресса для данной выборки составил  $M = 5,4$  ( $S = 2,4$ ).

Исследование не выявило статистически значимой взаимосвязи между уровнем психического и физического здоровья и уровнем образования, семейным положением. В отношении уровня воспринимаемого стресса и социально-демографических данных также не было выявлено статистически значимой взаимосвязи. В свою очередь, результаты корреляционного анализа позволяют сделать следующий вывод: возраст и стаж работы об-

ратно пропорционально связаны с функциональным уровнем психического и физического здоровья работников служб, связанных со спасением людей.

Согласно результатам проведенного корреляционного анализа можно сделать вывод о наличии средней ( $r = 0,27, p < 0,01$ ) прямой взаимосвязи воспринимаемого социального признания и поддержки в целом и функциональным уровнем психического здоровья, а также о наличии достоверной прямой взаимосвязи ( $r = 0,20, p < 0,05$ ) воспринимаемого социального признания и поддержки в целом и функциональным уровнем физического здоровья работников экстремальных служб. Также была выявлена достоверная обратно пропорциональная связь между уровнем воспринимаемого стресса и уровнем социального признания и поддержки ( $r = -0,29, p < 0,01$ ).

В субшкалу «Всеобщее непонимание» вошли такие утверждения, как «Большинство людей не представляет, что мне пришлось пережить», «Только те могут меня правильно понять, которые испытали подобное». Наиболее выраженным является влияние фактора «Всеобщее непонимание» на функциональный уровень психического ( $r = -0,39, p < 0,01$ ) и физического здоровья ( $r = -0,24, p < 0,01$ ). Это свидетельствует о том, что чем выше уровень всеобщего непонимания, тем ниже уровень психического и физического здоровья работников экстремальных служб. Всеобщее непонимание коррелировало положительно с уровнем воспринимаемого стресса ( $r = 0,31, p < 0,01$ ).

В субшкалу «Непонимание со стороны семьи» вошли следующие утверждения: «Моя семья считает мою реакцию на случившееся преувеличенной», «Моя семья недооценивает происходящее на моей работе». Коэффициент корреляции фактора «Непонимание со стороны семьи» с психическим и физическим здоровьем является менее выраженным и составляет  $r = -0,23$  и  $r = -0,25$  при  $p < 0,01$  соответственно. Можно отметить, что чем выше уровень непонимания со стороны семьи, тем ниже уровень психического и физического здоровья работников экстремальных служб. Для критерия «воспринимаемый стресс» коэффициент корреляции составил  $r = 0,30$  ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о прямой связи двух параметров: чем выше уровень непонимания со стороны семьи, тем выше уровень воспринимаемого стресса.

В субшкалу «Социальное признание» вошли такие высказывания, как «В первые дни после случившегося многие мне предложили свою помощь», «Реакция моих знакомых мне очень помогла». Между фактором «Социальное признание» и функциональными уровнями психического и физического здоровья работников не было выявлено достоверной взаимо-

связи. Также в отношении критерия «воспринимаемый стресс» фактор «социальное признание» нерелевантен.

Результаты корреляционного анализа позволяют сделать выводы о протективном воздействии социальной поддержки и признания в целом и о негативном влиянии возраста и опыта работы на функциональные уровни психического и физического здоровья работников экстремальных служб. Протективное влияние социальной поддержки и признания на уровень воспринимаемого стресса можно предположить на основании отрицательной корреляционной связи между двумя параметрами. Ни один из социодемографических факторов не был связан с уровнем воспринимаемого стресса.

Для изучения степени влияния факторов-предикторов с включением критериев «воспринимаемый стресс», «психическое здоровье» и «физическое здоровье» был проведен регрессионный анализ. Выше были представлены аспекты социального признания и поддержки, которые в той или иной степени влияют на восприятие стресса и функциональный уровень психического и физического здоровья. Однако среди аспектов социального признания и поддержки невозможно выделить самый главный или единственный. Кроме того, эти факторы часто зависимы друг от друга. Метод множественной регрессии позволяет вычислить и представить совокупное влияние факторов. Коэффициент детерминации позволяет сделать заключение о том, насколько изменение зависимого признака (функциональный уровень физического и психического здоровья, воспринимаемый стресс) объясняется изменениями совокупности факторов-предикторов. Так, полученный в результате регрессионного анализа коэффициент  $R^2$  – это доля дисперсии психического и физического здоровья и воспринимаемого стресса, объясняемая влиянием независимых параметров.

Двумя аспектами социальной поддержки и признания, а именно «непониманием со стороны семьи» и «всеобщим непониманием», объясняется 14,5 % дисперсии критерия «воспринимаемый стресс» (табл. 1).

Всеобщее непонимание охватывает такие стороны социальной поддержки, как понимание или непонимание общественности того, с чем приходится сталкиваться работникам экстремальных служб. А непонимание со стороны семьи подчеркивает больше оценку и принятие членами семьи того, что переживают работники экстремальных служб. Следовательно, чем больше непонимания со стороны общественности и семьи встречают работники экстремальных, тем выше у них уровень воспринимаемого стресса. Значение  $F$ -критерия равно 3,375 при  $df = 8$  ( $p = 0,001$ ).

Таблица 1

Регрессионный анализ критерия «воспринимаемый стресс»

Параметры	Коэффициенты			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
Возраст	0,022	0,086	0,495	0,622
Пол	-0,621	-0,109	-1,286	0,200
Уровень образования	0,005	0,005	0,068	0,946
Опыт работы	-0,002	-0,093	-0,523	0,602
Семейное положение	-0,566	-0,114	-1,400	0,163
Социальное признание	-0,024	-0,034	-0,425	0,672
Всеобщее непонимание	0,133	0,204	2,430	0,016
Непонимание со стороны семьи	0,235	0,206	2,580	0,011
$R^2 = 0,145; p = 0,001$				

Для психического здоровья наиболее релевантным является «всеобщее непонимание». Как указывалось выше, всеобщее непонимание затрагивает такие стороны социальной поддержки, как принятие и оценка общественностью всего того, что происходит у пожарных-спасателей и медицинских работников на службе. По результатам регрессионного анализа можно сделать следующий вывод: чем больше непонимания со стороны общественности ощущают работники экстремальных служб, тем ниже у них функциональный уровень психического здоровья. Значение *F*-критерия равно 5,943 при  $df = 8$  ( $p = 0,001$ ).

Одним аспектом социальной поддержки – «всеобщим непониманием» – объясняется 23 % дисперсии критерия «психическое здоровье» (табл. 2).

Таблица 2

Регрессионный анализ критерия «психическое здоровье»

Параметры	Коэффициенты			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
Возраст	0,064	0,060	0,361	0,622
Пол	3,45	0,143	1,767	0,079
Уровень образования	-0,232	-0,060	-0,818	0,415
Опыт работы	-0,016	-0,154	-0,910	0,364
Семейное положение	2,570	0,122	1,568	0,119
Социальное признание	0,231	0,078	1,028	0,306
Всеобщее непонимание	-0,870	-0,311	-3,910	0,000
Непонимание со стороны семьи	-0,601	-0,123	-1,630	0,105
$R^2 = 0,230; p = 0,000$				

Для физического здоровья наиболее значимым является такая сторона социальной поддержки и признания, как «непонимание со стороны семьи». Данная модель статистически значима и объясняет 11 % дисперсно-сти критерия «физическое здоровье» (табл. 3).

Таблица 3

Регрессионный анализ критерия «физическое здоровье»

Параметры	Коэффициенты			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
Возраст	0,045	0,058	0,324	0,746
Пол	1,332	0,075	0,866	0,388
Уровень образования	0,138	0,049	0,619	0,537
Опыт работы	-0,012	-0,162	-0,890	0,375
Семейное положение	0,218	0,014	0,169	0,866
Социальное признание	-0,012	-0,006	-0,069	0,945
Всеобщее непонимание	-0,293	-0,143	-1,675	0,096
Непонимание со стороны семьи	-0,538	-0,151	-1,857	0,045
$R^2 = 0,110; p = 0,016$				

Чем больше непонимания со стороны семьи получают работники экстремальных служб, тем ниже у них функциональный уровень физического здоровья. Значение *F*-критерия равно 2,457 при *df* = 8 ( $p < 0,05$ ). Это означает, что в отношении физического здоровья наиболее выраженным является такой аспект социальной поддержки, как «непонимание со стороны семьи».

По результатам корреляционного и регрессионного анализов можно сделать следующий вывод: чем больше уровень воспринимаемой социальной поддержки и общественного признания у работников экстремальных служб, тем выше функциональный уровень их психического, физического здоровья и ниже уровень воспринимаемого стресса. Наиболее значимыми являются такие проявления отсутствия социальной поддержки и признания, как всеобщее непонимание и непонимание со стороны семьи. Таким образом, для работников экстремальных служб наиболее важным является понимание и признание общественностью и близкими того, что переживают работники экстремальных служб, с какими трудностями им приходится сталкиваться, а также уважительное отношение окружающих к попыткам справиться с последствиями перенесенных ситуаций.

Воспринимаемая социальная поддержка и признание показали себя вновь как потенциальный фактор-протектор, который связан с более высоким уровнем психического и физического здоровья и более низким уровнем

нем воспринимаемого стресса. Этот результат согласуется с результатами других исследований, которые также смогли доказать протективную функцию поддержки социального окружения и воспринимаемого социального признания [8, 9, 13, 18, 22, 23].

### **Заключение**

Данное исследование показало важность воспринимаемой социальной поддержки в совладании со стрессом и поддержании психического и физического здоровья работников экстремальных служб. В этой связи Harber, Cohen, Lucas et al. (2007) подчеркивают, что качество воспринимаемой социальной поддержки намного важнее, чем размер социальной сети и интенсивности оказываемой поддержки [10].

В качестве ограничения данного исследования можно рассматривать то обстоятельство, что восприятие социальной поддержки носит субъективный характер и меняется в зависимости от состояния человека. Оценка социальной поддержки дается только со стороны работников экстремальных служб; не учитывается мнение по данному вопросу со стороны членов семьи, друзей, коллег. Кроме того, оказываемая социальная поддержка имеет тенденцию ослабевать в течение времени. На ослабление социальной поддержки со временем указывается, например, в исследованиях Pennebaker & Harber (1993) и Regehr, Hill, Knott et al. (2003) [17, 18]. Одним из возможных объяснений с годами ослабевающей социальной поддержки могло бы быть изменение личности работников экстремальных служб вследствие профессиональной деятельности. Изменение личности рассматривается как следствие хронического напряжения и выражается состоянием отчужденности, недоверчивости, ухода в себя и снижением мотивации. Так, в исследовании Стрельниковой Ю.Ю. (2015) указывается, что пожарные-спасатели с большим опытом службы более интровертированы и замкнуты, чем их менее опытные сослуживцы [5]. Возможно также, что развитие посттравматического стрессового расстройства препятствует действию механизма успешной адаптации и способно приводить к нарушению социального функционирования [2].

Следующее ограничение данного исследования заключается в том, что речь идет об исследовании поперечного сечения; в связи с этим можно только ограничено предполагать причинно-следственную связь между параметрами. Из исследования нельзя заключить, меняется ли уровень воспринимаемой социальной поддержки и признания в течение профессиональной деятельности и как изменяется взаимосвязь между воспринимае-

мой социальной поддержкой и психическим здоровьем. Kaniasty и Norris (2008) в лонгитюдном исследовании доказали взаимозависимую связь между этими двумя параметрами [12].

У работников скорой медицинской помощи, работников правоохранительных органов и пожарных, которые задействованы в спасательных операциях с пострадавшими и умирающими жертвами после несчастных случаев, совершенного насилия и природных катастроф, происходит эмоциональный контакт с пострадавшими и их родственниками, что ухудшает их психическое состояние и увеличивает уровень воспринимаемого стресса.

Очевидно то, что преодоление стрессового состояния у работников экстремальных служб происходит в тесном социальном контексте. С одной стороны, работники экстремальных служб являются частью команды и это обусловлено профессией, а с другой стороны, стрессовые реакции могут быть минимизированы за счет социальной поддержки друзей и семьи. Подтвержденную обратно пропорциональную связь между воспринимаемой социальной поддержкой и признанием как потенциально пострадавшего лица вследствие травматического события и уровнем воспринимаемого стресса следует учитывать для снижения пережитого эмоционального стресса и при составлении эффективных превентивных программ. Особое значение при разработке превентивных мер приобретают социальное признание и поддержка со стороны семьи, друзей и коллег, которые являются факторами-протекторами, способствующими сохранению психического и физического здоровья работников экстремальных служб. Следует также принять во внимание, что общее непонимание и непонимание со стороны семьи в контексте социальной поддержки наиболее негативно влияют на психическое и физическое здоровье работников.

### **Литература**

1. Загуровский В.М. Стресс и его последствия (догоспитальный и ранний госпитальный этапы) / Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 7. – С. 11–23.
2. Родионов Г.Г., Шантырь И.И., Ушал И.Э. [и др.] Диагностика оксидативного стресса у пожарных и спасателей МЧС России / Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2019. – № 2. – С. 104–110.
3. Артамонова Г.К., Лоскутова, Е.Е., Муша В.И. Обеспечение развития стрессоустойчивости сотрудников федеральной противопожарной службы МЧС РОССИИ с использованием системы средств и методов психологического воздействия / Вестник С.- Петерб. ун-та ГПС МЧС России. – 2013. – № 3. – С. 135–139.



4. Куликова Т.И. Влияние профессионального стресса на психическое здоровье специалистов пожарной службы МЧС / Науч.-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – № 43. – С. 34–38.

5. Стрельникова Ю.Ю. Психологические и соматические последствия влияния длительной профессиональной деятельности на сотрудников Федеральной противопожарной службы МЧС / Вестник С.-Петерб. ун-та ГПС МЧС России. – 2015. – № 1. – С. 136–146.

6. Чернов В.Н. Психологические последствия воздействия экстремальных условий профессиональной деятельности на сотрудников службы пожаротушения МЧС России / Технологии гражданской безопасности. – 2011. – № 2. – С. 68–71.

7. Cohen S., Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) / The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology. – Newbury Park, 1988. – P. 99–125.

8. Davidson A.C., Moss S.A. Examining the trauma disclosure of police officers to their partners and officers' subsequent adjustment / Journal of Language and Social Psychology. – 2008. – Vol. 27, N 1. – P. 51–70.

9. Dekel R., Solomon Z. Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs' distress / Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Vol. 41, N 1. – P. 27–33.

10. Haber M.G., Cohen J.L., Lucas T., Baltes B.B. The relationship between self-reported received and perceived support: A meta-analytic review / American Journal of Community Psychology. – 2007. – Vol. 39, N 1–2. – P. 133–144.

11. Hoffmann C., McFarland B.H., Kinzie J.D. [et al.] Psychometric properties of a Russian version of the SF-12 Health Survey in a refugee population / Comprehensive Psychiatry. – 2005. – Vol. 46, N 5. – P. 390–397.

12. Kaniasty K., Norris F.H. Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles in social causation and social selection / Journal of Traumatic Stress. – 2008. – Vol. 21, N 3. – P. 274–281.

13. King L.A., King D.W., Vogt D.S. [et al.] Deployment Risk and Resilience Inventory: A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Personnel and Veterans / Military Psychology. – 2006. – Vol. 18, N 2. – P. 89–120.

14. Maercker A., Baumann U., Perrez M. Posttraumatische Belastungsstörung / Klinische Psychologie Psychotherapy. – Bern: Huber, 2005. – 978 p.

15. Maercker A., Mueller J. Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD / Journal of Traumatic Stress. – 2004. – Vol. 17, N 4. – P. 345–351.

16. Mbanu I., Wellenius G.A., Mittleman M.A. [et al.] Seasonality and Coronary Heart Disease Deaths in United States Firefighters / Chronobiology International. – 2007. – Vol. 24, N 4. – P. 715–726.

17. Pennebaker J.W., Harber, K.D. A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War / Journal of Social Issues. – 1993. – Vol. 49, N 4. – P. 125–145.

18. Regehr C., Hill J., Knott T., Sault B. Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health / Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. – 2003. – Vol. 19, N 4. – P. 189–193.

19. Rosenstock L., Olsen J. Editorials. Fire fighting and Death from Cardiovascular Causes / *The New England Journal of Medicine*. – 2007. – Vol. 356, N 12. – P. 1261–1263.

20. Teegen F., Domnick A., Heerdegen M. Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien / *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. – 1997. – Vol. 29, N 4. – P. 583–599.

21. Ullman S.E., Filipas H.H. Gender differences in social reactions to abuse disclosure, post-abuse coping, disclosure, social reactions, and PTBS symptoms in child sexual abuse survivors / *Journal of Child Sexual Abuse*. – 2005. – Vol. 29, N 2005. – P. 767–782.

22. Van der Ploeg E., Kleber R.J. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms / *Occupational Environmental Medicine*. – 2003. – Vol. 60, N 1. – P. 40–46.

23. Wagner D., Heinrichs M., Ehlert U. Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention / *Psychomed*. – 1999. – Vol. 11, N 1. – P. 31–39.

Поступила 21.08.2019

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

**Для цитирования.** Крутолевич А.Н. Особенности социальной поддержки и признания во взаимосвязи с уровнем психического и физического здоровья, а также с уровнем воспринимаемого стресса работников экстремальных служб // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 72 (77). С. 31–45.

---

**FEATURES OF SOCIAL SUPPORT AND RECOGNITION IN RELATION  
TO THE LEVEL OF MENTAL AND PHYSICAL HEALTH, AS WELL AS THE LEVEL  
OF PERCEIVED STRESS OF EXTREME SERVICE WORKERS**

**Krutolevich A.N.**

Francisk Skorina Gomel State University  
(Soviet Str., 104, Gomel, Republic of Belarus)

✉ Anna Nikolayevna Krutolevich – PhD Psychol. Sci., Associate Professor of the Department of Psychology of Francisk Skorina Gomel State University (Soviet Str., 104, Gomel, 246019, Republic of Belarus), e-mail: krutolew@yahoo.de.

**Abstract.** Issues of manifestation and relationship of social support and recognition with functional level of mental and physical health, level of perceived stress in employees of emergency response units and emergency medical workers are considered. The study found that such manifestations of social support as the general lack of understanding and understanding on the part of the family of what extreme workers experience in their professional activities have a particularly negative impact on the level of perceived stress, as well as on their mental and physical health.

**Key words:** social support and recognition, functional level of mental and physical health, workers of extreme services, level of perceived stress.

### References

1. Zagurovskij V.M. Stress i ego posledstviya (dogospitalnyj i rannij gospitalnyj etapy) [Stress and its consequences (pre-hospital and early hospital stages)]. *Medicina neotlozhnyh sostoyanij* [Medicine of urgent conditions]. 2014. N 7. Pp. 11–23. (In Russ.)

2. Rodionov G.G., Shantyr` I.I., Ushal I.E. [et al.] Diagnostika oksidativnogo stressa u pozharnyh i spasatelej MChS Rossii [Diagnosis of oxidative stress in fire-fighters and rescue workers of the Ministry of Emergency Situations of Russia]. *Mediko-biologicheskie i socialno-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medical, biological and socio-psychological safety problems in emergency situations]. 2019. N 2. Pp. 104–110. (In Russ.)

3. Artamonova G.K., Loskutova, E.E., Musha V.I. Obespechenie razvitiya stressoustojchivosti sotrudnikov federalnoj protivopozharnoj sluzhby MChS ROSSII s ispolzovaniem sistemy sredstv i metodov psihologicheskogo vozdejstviya [Ensuring the development of stress resistance of employees of the federal fire service of the Ministry of Emergency Situations of the Russian Federation using the system of means and methods of psychological impact]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta GPS MChS Rossii* [The Bulletin S.-Peterb. Un-ta GPS Ministry of Emergency Situations of Russia]. Ваша версия правильная. Большое спасибо. 2013. N 3. Pp. 135–139. (In Russ.)

4. Kulikova T.I. Vliyanie professionalnogo stressa na psicheskoe zdorove specialistov pozharnoj sluzhby MChS [Impact of professional stress on mental health of specialists of the fire service of the Ministry of Emergency Situations]. *Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal «Koncept»* [Scientific and methodological electronic magazine "Concept"]. 2017. N 43. Pp. 34–38. (In Russ.)

5. Strelnikova Yu.Yu. Psihologicheskie i somaticheskie posledstviya vliyaniya dlitel'noj professionalnoj deyatel'nosti na sotrudnikov Federal'noj protivopozharnoj sluzhby` MChS [Psychological and somatic consequences of the influence of long-term professional activity on the employees of the Federal Fire Service of the Ministry of Emergency Situations]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta GPS MChS Rossii* [The Bulletin S.-Peterb. Un-ta GPS Ministry of Emergency Situations of Russia]. 2015. N 1. Pp. 136–146. (In Russ.)

6. Chernov V.N. Psihologicheskie posledstviya vozdejstviya e`kstremal'nyh uslovij professionalnoj deyatel'nosti na sotrudnikov sluzhby` pozharotusheniya MChS Rossii [Psychological consequences of the impact of extreme conditions of professional activity on employees of the fire fighting service of the Ministry of Emergency

Situations of Russia]. *Tehnologii grazhdanskoj bezopasnosti* [Civil security technologies]. 2011. N 2. Pp. 68–71. (In Russ.)

7. Cohen S., Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, 1988. Pp. 99–125.

8. Davidson A.C., Moss S.A. Examining the trauma disclosure of police officers to their partners and officers' subsequent adjustment. *Journal of Language and Social Psychology*. 2008. Vol. 27, N 1. Pp. 51–70.

9. Dekel R., Solomon Z. Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006. Vol. 41, N 1. Pp. 27–33.

10. Haber M.G., Cohen J.L., Lucas T., Baltes B.B. The relationship between self-reported received and perceived support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 2007. Vol. 39, N 1–2. Pp. 133–144.

11. Hoffmann C., McFarland B.H., Kinzie J.D. [et al.] Psychometric properties of a Russian version of the SF-12 Health Survey in a refugee population. *Comprehensive Psychiatry*. 2005. Vol. 46, N 5. Pp. 390–397.

12. Kaniasty K., Norris F.H. Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles in social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*. 2008. Vol. 21, N 3. Pp. 274–281.

13. King L.A., King D.W., Vogt D.S. [et al.] Deployment Risk and Resilience Inventory: A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Personnel and Veterans. *Military Psychology*. 2006. Vol. 18, N 2. Pp. 89–120.

14. Maercker A., Baumann U., Perrez M. Posttraumatische Belastungsstörung. *Klinische Psychologie Psychotherapie*. Bern, 2005. 978 P.

15. Maercker A., Mueller J. Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol. 17, N 4. Pp. 345–351.

16. Mbanu I., Wellenius G.A., Mittleman M.A. [et al.] Seasonality and Coronary Heart Disease Deaths in United States Firefighters. *Chronobiology International*. 2007. Vol. 24, N 4. Pp. 715–726.

17. Pennebaker J.W., Harber, K.D. A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*. 1993. Vol. 49, N 4. Pp. 125–145.

18. Regehr C., Hill J., Knott T., Sault B. Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2003. Vol. 19, N 4. Pp. 189–193.

19. Rosenstock L., Olsen J. Editorials. Fire fighting and Death from Cardiovascular Causes. *The New England Journal of Medicine*. 2007. Vol. 356, N 12, Pp. 1261–1263.

20. Teegen F., Domnick A., Heerdegen M. Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 1997. Vol. 29, N 4. Pp. 583–599.

21. Ullman S.E., Filipas H.H. Gender differences in social reactions to abuse disclosure, post-abuse coping, disclosure, social reactions, and PTBS symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2005. Vol. 29, N 2005. Pp. 767–782.

22. Van der Ploeg E., Kleber R.J. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational Environmental Medicine*. 2003. Vol. 60, N 1. Pp. 40–46.

23. Wagner D., Heinrichs M., Ehler U. Primäre und sekundäre Posttraumatische Belastungsstörung: Untersuchungsbefunde bei Hochrisikopopulationen und Implikationen für die Prävention. *Psychomed*. 1999. Vol. 11, N 1. Pp. 31–39.

Received 21.08.2019

**For citing.** Krutolevich A.N. Osobennosti socialnoj podderzhki i priznaniya vo vzaimosvyazi s urovnem psihicheskogo i fizicheskogo zdorovya, a takzhe s urovnem vosprinimaemogo stressa rabotnikov ekstremalnyh sluzhb. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 31–45. **(In Russ.)**

Krutolevich A.N. Features of social support and recognition in relation to the level of mental and physical health, as well as the level of perceived stress of extreme service workers. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 31–45.

## ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ

<sup>1</sup> Астраханский государственный университет  
(Россия, Астрахань, ул. Татищева, д. 20 б);

<sup>2</sup> Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие»  
(Россия, Астрахань, ул. Татищева, д. 12 а);

<sup>3</sup> Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова  
(Россия, Москва, Стремянный пер., д. 36).

Выявление особенностей нейропсихологического пространства девиантных подростков, под которым понимается комплекс нейропсихологических особенностей: активация и межполушарная асимметрия, взаимодействие мозговых функциональных систем, включая нарушение их функционирования, – является актуальным, поскольку они являются факторами риска в отношении возникновения девиаций. В статье приведены результаты эмпирического исследования 60 подростков, находящихся на обслуживании в службе психолого-педагогической помощи «Научно-практический центр реабилитации детей “Коррекция и развитие”» в связи с трудностями в обучении и отклоняющимся поведением, из них 26 мальчиков, 34 девочки. Диагностика включала в себя комплекс психологических и психофизиологических методик. Выявлено, что большинству подростков с отклоняющимся поведением свойственны нейропсихологические синдромы, связанные с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга и функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия.

**Ключевые слова:** девиантное поведение, нейропсихологическое пространство, психоэмоциональное состояние.

---

Рахманина Ирина Николаевна – канд. психол. наук, зав. каф. прикладной психологии, Астраханский гос. ун-т; зам. директора по науч.-методич. работе Научно-практ. центра реабилитации детей «Коррекция и развитие» (Россия, 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 20 б), e-mail: irinarah.72@mail.ru;

Овсянникова Татьяна Юрьевна – канд. психол. наук, доцент каф. прикладной психологии, Астраханский гос. ун-т, зав. службой психолого-педагогической помощи, «Научно-практический центр реабилитации детей “Коррекция и развитие”» (Россия, 414056, Астрахань, ул. Татищева, д. 12 а), e-mail: tu.ovsyannikova@yandex.ru;

✉ Тайсаева Светлана Борисовна – канд. психол. наук, доцент каф. психологии, Российский эконом. ун-т им. Г.В. Плеханова (Россия, 117997, Москва, Стремянный пер., д. 36), e-mail: taisaeva@mail.ru.

## **Введение**

Проблема девиантного поведения подростков имеет междисциплинарный характер, но пути ее решения так или иначе замыкаются на исследовании личности. Социологические подходы акцентируют внимание на влиянии среды, определяющей формирование личностных качеств, биологические – на природообусловленности личности [1, 4, 5, 6, 9]. В современной психологии существует и третий вариант – формирование личности определяется диалектическим взаимодействием этих факторов.

Важную роль в исследовании особенностей регуляции актуальной девиантной активности, а также разработке программ коррекции девиантного поведения играет изучение нейрофизиологических детерминант этих нарушений, взаимодействия мозговых функциональных систем, детерминирующих характер искажений церебрального и психического развития, являющихся факторами риска в отношении возникновения девиаций [2, 7, 8].

Актуальность проблематики связана также с тем, что у подростков, наряду с отклоняющимся поведением, наблюдаются и другие нарушения – в области психических функций, эмоционально-волевой сферы, двигательной и др., что свидетельствует о той или иной степени нарушений со стороны центральной нервной системы в целом. Во многих случаях выявляется незрелость определенных функций головного мозга, дисгармония его созревания, нарушение межполушарного взаимодействия, которое является основой развития интеллекта [10].

## **Материал и методы**

Диагностика включала в себя нейропсихологическое обследование по схеме, разработанной Всероссийским центром детской неврологии. Кроме того проводились диагностика активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга с помощью программно-аппаратного комплекса «Активациометр», биометрическая диагностика психоэмоционального состояния детей младшего школьного возраста на основе параметров виброизображения с помощью программы VibraMed. Для определения склонности к отклоняющемуся поведению определенного типа девиации с целью выявления его связи с дифференциацией и уровнем выраженности нейропсихологических нарушений использовалась методика склонности к отклоняющемуся поведению. Для проведения аналитического этапа мы использовали математико-статистические методы, которые позволили установить достоверность результатов исследования. Все расчеты

выполнялись с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics21. В анализ входили описательные статистики, включающие в себя вычисление дескриптивных статистик, критерий Колмогорова–Смирнова для одной выборки, критерий Манна–Уитни, критерий Шапиро–Уилка, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

### **Результаты и их анализ**

В исследовательской группе преобладали подростки, склонные к отклоняющемуся поведению – 38 (63,3 %) детей, из которых склонных к преодолению норм и правил – 48,4 % (из общего числа с отклоняющимся поведением), к аддиктивному поведению – 25,3 %. Из числа подростков, склонных к отклоняющемуся поведению, демонстрируют склонность к самоповреждениям 4 ребенка (10,5 %), к агрессии и насилию 6 детей (15,8 %).

Полученные в ходе нейропсихологического обследования результаты показали, что у 48 подростков в той или иной степени определяются локальные поражения (недоразвитие) тех или иных отделов мозга, обуславливающие незрелость определенных функций головного мозга, дисгармонию его созревания. Причем у 39 % этих детей выявлены множественные нарушения (в двух и более отделах), у 51 % – нарушения в одном из отделов.

У 12 детей локальное поражение головного мозга не выявлено. Большинство детей имеют нарушения комиссур, являющихся межполушарными интеграторами, через которые полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация их работы.

На рис. 1 представлены показатели особенности выраженности нейропсихологических синдромов у подростков, демонстрирующих девиантное поведение (группа 1) и подростков, испытывающих трудности в обучении (группа 2).

Более половины подростков (свыше 60 %), демонстрирующих девиантное поведение, имеют нарушения комиссуральных отделов головного мозга, правой затылочной и левой лобной доли.

Кроме того, около половины детей (46 %) демонстрируют поражение (нарушение развития) правой лобной доли, что способствует возникновению эмоционально-личностных изменений (эйфории, бестактности, некритичности и т. п.), проявляющихся на фоне подвижности, болтливости в нарушении поведения.



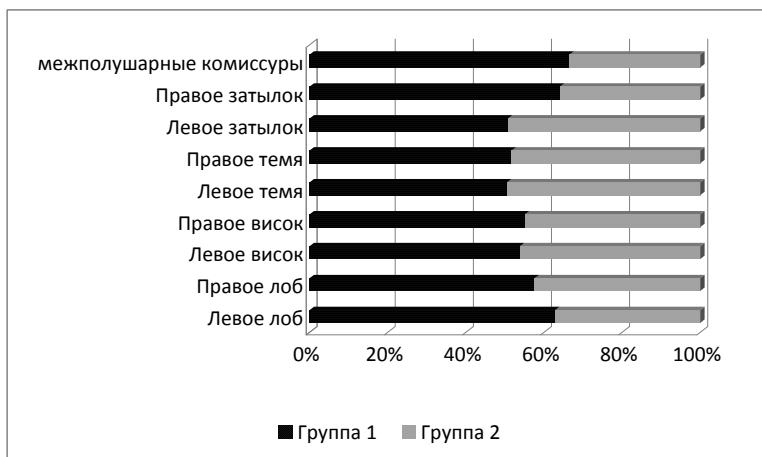


Рис. 1. Выраженность нейропсихологических синдромов локальных поражений (недоразвития) головного мозга у подростков (в %)

В целом у большинства детей имеются нарушения в работе правого полушария, активация которого имеет важное значение в организации эмоций.

Вместе с тем, у 13 % детей определяется поражение левой лобной доли, им свойственны явления заторможенности и нарушения произвольной регуляции различных видов психической деятельности.

Среди подростков, демонстрирующих отклоняющееся поведение, большинство (80 %) имеют отклонения от нормальных нейропсихологических данных. Нейропсихологические профили детей, имеющих трудности в обучении, также носят разнообразный характер, так как в основе их неуспеха лежат различные механизмы (дисфункции лобных, височных, теменных, затылочных, левополушарных, правополушарных, стволовых, комиссуральных отделов головного мозга).

В ходе исследования проводились измерения психоэмоционального состояния испытуемых с помощью программно-аппаратного комплекса «Активациометр – АЦ-9к». В результате проведенного исследования выявлено, что у 32,5 % подростков диагностируется чрезмерный уровень психоэмоционального состояния, около половины (41,3 %) обследуемых демонстрируют психоэмоциональное состояние выше среднего уровня. Только у 10,5 % испытуемых выявлено оптимальное психоэмоциональное состояние (активное бодрствование). При этом из четырех основных уров-

ней ПС (дремотное состояние, пассивное бодрствование, активное бодрствование, чрезмерное бодрствование) только активное бодрствование оказывает благоприятное влияние на эффективность деятельности. Остальные уровни ПС понижают эффективность деятельности из-за заниженной (дремотное состояние и пассивное бодрствование) или завышенной (чрезмерное бодрствование) активации [12].

Усредненные показатели оценки психоэмоционального состояния обследуемых подростков, демонстрирующих девиантное поведение (группа 1), и подростков, испытывающих трудности в обучении (группа 2), на основе параметров виброизображения с помощью программы VibraMed представлены на рис. 2.

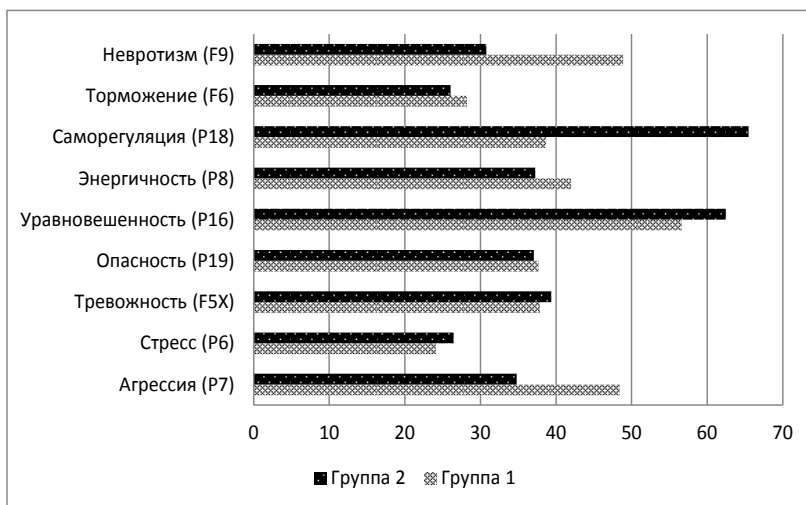


Рис.2. Диаграмма усредненных показателей психоэмоционального состояния подростков

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у подростков, демонстрирующих девиантное поведение (группа 1), выше уровень агрессии, энергичности и ниже уровень уравновешенности, тревожности и саморегуляции, чем у подростков, испытывающих трудности в обучении (группа 2). Результаты исследования позволили выделить и описать два основных нейропсихологических синдрома, выявленных у подростков с отклоняющимся поведением, в основе каждого из которых лежит нарушение нейропсихологических функций.

Основное нарушение, наблюдающееся при первом нейропсихологическом синдроме, – недостаточность произвольной регуляции психической деятельности, которая обеспечивается работой префронтальных отделов головного мозга. Этот синдром связан с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга. В процессе нейропсихологического исследования эти подростки часто не принимают заданных условий работы, действуют импульсивно. Недостаточность произвольного контроля, т. н. «управляющих функций», отражается на качестве выполнения сложных гностических проб, приводит к снижению показателей внимания и памяти. При анализе особенностей эмоционально-волевой сферы у подростков этой группы на первый план выходят трудности контроля над эмоциями, эмоциональная лабильность, недостаточная зрелость высших уровней аффективной сферы, т. е. недостаточная сформированность «социальных» эмоций (чувства долга, ответственности, вины за проступки и пр.). Произвольная регуляция нарушается в каждом звене: страдают целеполагание, программирование (планирование этапов деятельности) и контроль. Подростки с этим синдромом знают правила, но не выполняют их, и это проявляется во всех сферах деятельности. Они склонны ссориться, легко вступают в драку. Для них характерно сочетание агрессивности по отношению к сверстникам с негативизмом по отношению к взрослым членам семьи, к воспитателям и учителям. Довольно часто наблюдаются аффективные взрывы с агрессией, с реакциями протеста, особенно при попытках взрослого регламентировать деятельность, принудить его к выполнению каких-либо правил. Также у них нарушено «чувство дистанции», снижена способность к образованию глубоких эмоциональных связей, общение является более поверхностным. Как правило, у них наблюдается сочетание повышенной эмоциональной восприимчивости, впечатлительности и ранимости по отношению к себе с довольно низкой чувствительностью по отношению к другим, недостаточной способностью к эмпатии, эмоциональному сочувствию. Этот синдром выявлен у подростков со склонностью к нарушению норм и правил, склонностью к насилию и агрессии.

Другой нейропсихологический синдром связан с функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия. На первый план у подростков с данным синдромом выходят особенности поведения, которые отражаются и в ситуа-

ции исследования, и в жалобах родителей. Зачастую уже с раннего возраста начинают проявляться сильное упрямство, вспыльчивость, «истеричность», некоторая вычурность. Они могут очень рано начать задавать вопросы о смерти, болезни, убийстве и т. п., ставя в тупик родителей и педагогов. Многие родители отмечают слабую действенность поощрений и наказаний, нестабильность мотивации. Для эмоциональной сферы большинства этих подростков характерна некоторая приступообразность – то бурно веселится, почти эйфоричен, то начинает плакать, бояться чего-либо. Часто эмоциональный фон снижен, подросток склонен негативно оценивать окружающих, многого страшится (причем нередко наблюдаются вычурные страхи). Возможно, вследствие повышенной тревожности эти дети нередко прибегают к ритуалам, стереотипиям. Отмечаются и случаи, когда настроение у подростка хорошее, пока к нему нет запросов, но с появлением даже незначительных требований он начинает упрямиться, кричать, ругаться, может возникнуть агрессия или аутоагрессия. Эти подростки могут, если не получают желаемого, дать резкую, бурную реакцию, «истерику», часто с оттенком демонстративности. Подростки с этим синдромом часто предпочитают одиночество или общение не со сверстниками, а с более старшими по возрасту. Часто они либо избегают тактильного контакта, либо не соблюдают тактильно-телесную дистанцию. Подростки живут и действуют полностью «здесь и сейчас», не ориентируясь ни на возможные последствия своих поступков, ни на мнение окружающих, ни на эмоциональную реакцию близких людей [11].

В ситуации исследования у подростков с этим синдромом проявляются трудности установления контакта, соблюдения дистанции. В процессе исследования у подростков данной группы было выявлено преобладание признаков доминирования правого полушария. Также большинство этих подростков демонстрировали очень низкие результаты в пробах на межполушарное взаимодействие. Данный синдром был выявлен у подростков, склонных к самоповреждениям, к насилию и агрессии, к аддикциям.

Для проведения аналитического этапа мы использовали математико-статистические методы, которые позволили установить достоверность результатов исследования. Все расчеты выполнялись с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics21. В анализ включались описательные статистики, включающие в себя вычисление дескриптивных статистик, критерий Колмогорова–Смирнова для одной выборки, критерий Манна–Уитни, критерий Шапиро–Уилка, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Различия в показателях между группами «Склонные к девиации» и «Испытывающие трудности в обучении» имеются по следующим параметрам: «агрессия», «уравновешенность», «саморегуляция», «невротизм», «правое–затылок» и «межполушарные комиссуры». Следует отметить, что показатели по параметрам «агрессия», «правое–затылок» и «межполушарные комиссуры» выше у подростков, склонных к девиации. А показатели «уравновешенность», «саморегуляция» и «невротизм» выше у подростков, испытывающих трудности в обучении.

Полученные результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что существует связь между параметром «склонность к преодолению норм и правил» с параметрами «правое–лоб» ( $p = 0,021$ ), «правое–затылок» ( $p=0,021$ ) и «межполушарные комиссуры» ( $p = 0,046$ ). Чем выше степень имеющихся нейропсихологических нарушений в обозначенных отделах мозга, тем выше склонность к преодолению норм и правил.

Параметр «склонность к аддиктивному поведению» коррелирует с параметром «правое–темя» ( $p = 0,020$ ). Чем выше данный показатель, тем ниже будет склонность к аддиктивному поведению.

Параметр «самоповреждающее и саморазрушающее поведение» положительно коррелирует с параметром «агрессия» ( $p = 0,018$ ) и отрицательно с параметрами «уравновешенность» ( $p = 0,011$ ) и «невротизм» ( $p = 0,033$ ). Чем выше «агрессия», тем выше показатель «склонность к самоповреждениям». Чем выше показатели «уравновешенность» и «невротизм», тем ниже «склонность к самоповреждениям».

Параметр «склонность к агрессии и насилию» коррелирует с параметрами «правое–лоб» ( $p = 0,002$ ) и «межполушарные комиссуры» ( $p = 0,011$ ). Чем выше степень нарушений в обозначенных отделах, тем выше показатели склонности к агрессии и насилию.

Параметр «волевой контроль эмоциональных реакций» имеет прямую корреляцию с параметром «левое–лоб» ( $p = 0,006$ ) (чем выше выраженность нарушений в данной зоне, тем выше контроль) и обратные с параметрами «саморегуляция» ( $p = 0,016$ ), «невротизм» ( $p = 0,040$ ) и «ФАП» ( $p = 0,017$ ) (чем выше выраженность нарушений, тем ниже эти параметры).

### **Заключение**

Проведенное исследование особенностей нейропсихологического пространства подростков с отклоняющимся поведением, позволило нам сделать следующие выводы.

Большинству подростков с отклоняющимся поведением свойственны нейропсихологические синдромы, связанные с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга и функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия.

В ходе исследования выявлено, что чем выше степень имеющихся нейропсихологических нарушений функций в правой затылочной области и дисбаланс межполушарного взаимодействия, тем выше склонность к преодолению норм и правил; чем выше активность правой теменной зоны, тем ниже склонность к аддиктивному поведению; чем выше степень нарушений в правом лобном отделе и дисбаланс межполушарного взаимодействия, тем выше показатели склонности к агрессии и насилию; чем выше выраженность нарушений в левой лобной зоне, тем ниже показатели «саморегуляция» и «невротизм».

### Литература

1. Ахутина Т.В. Нейропсихологическое обследование // Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников / под ред. Т.В. Ахутиной, О.Б. Иншаковой. – М. : Сфера, 2008. – С. 4–10.
2. Бобров А.Е., Решетников М.М., Уласень Т.В. Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта // Вестник психотерапии. – 2018. – № 68 (73). – С. 68–82.
3. Деннисон Пол Е., Деннисон Гейл Е. Гимнастика мозга. – М. : Вест, 2017. – 326 с.
4. Лекции по основам нейропсихологии / под ред. Будыка Е.В. – М. : МГМСУ, 2014. – 55 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – СПб. : Питер, 2008. – 624 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М. : Академия, 2006. – 394 с.
7. Ляпустина О.В. Личностные особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 114–119.
8. Малкова Е.Е., Наумова А.А. Особенности межличностных отношений подростков-девиантов // Вестник психотерапии. – 2014. – № 52 (57). – С. 130–138.
9. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста : учеб. пособие. – СПб. : Питер, 2008. – 288 с.
10. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М. : Генезис, 2017. – 474 с.

11. Султанова А.С. Нейропсихологический подход к обеспечению психического здоровья детей и подростков // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 1 (42). – С. 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru>.

12. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». – Казань : Таглимат ИЭУиП, 2008. – 258 с.

Поступила 05.11.2019

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

**Для цитирования.** Рахманина И.Н., Овсянникова Т.Ю., Тайсаева С.Б. Особенности нейропсихологического пространства подростков с отклоняющимся поведением // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 46–57.

---

#### THE FEATURES OF NEUROPSYCHOLOGICAL SPACE TEENAGERS WITH DEVIANT BEHAVIOR

**Rachmanina I.N.<sup>1,2</sup>, Ovsyannikova T.Yu.<sup>1,2</sup>, Taysaeva S.B.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Astrakhan State University (Tatishcheva Str., 20 b, Astrakhan, Russia);

<sup>2</sup> Scientific and Practical Center for Child Rehabilitation “Correction and Development” (Tatishcheva Str., 12 a, Astrakhan, Russia);

<sup>3</sup> Russian University of Economics G.V. Plekhanov  
(Stremyanny lane, 36, Moscow, Russia).

Irina Nikolaevna Rakhmanina – PhD. Psychol. Sci., Head of the Department of applied psychology Astrakhan State University, Deputy Director for scientific and methodological work Scientific and practical center for rehabilitation of children "Correction and development", (Tatishcheva Str., 20 b, Astrakhan, 414056, Russia), e-mail: [irinarah.72@mail.ru](mailto:irinarah.72@mail.ru);

Tatyana Yurievna Ovsyannikova – PhD. Psychol. Sci., Associate Professor of the Department of applied psychology of Astrakhan State University, head of the service of psychological and pedagogical assistance, «Scientific and practical center for rehabilitation of children "Correction and development"», (Tatishcheva Str., 12 a, Astrakhan, 414056, Russia), e-mail: [tu.ovsyannikova@yandex.ru](mailto:tu.ovsyannikova@yandex.ru);

✉ Svetlana Borisovna Taysaeva – PhD Psychol. Sci., Associate Professor, Chair of Psychology of Russian University of Economics after G.V. Plekhanov (Stremyanny lane, 36, Moscow, 117997, Russia), e-mail: [taysaeva@mail.ru](mailto:taysaeva@mail.ru).

**Abstract.** The identification of the features of the neuropsychological space of deviant adolescents, which is understood as a complex of neuropsychological features: activation and interhemispheric asymmetry, interaction of brain functional systems,

including disruption of their functioning, is relevant, since they are risk factors for the occurrence of deviations. The article presents the results of an empirical study of 60 adolescents who are served in the service of psychological and pedagogical assistance of the State Autonomous Institution of the Astrakhan Region «Scientific and Practical Center for Children's Rehabilitation "Correction and Development"» to learning difficulties and deviant behavior, 26 of them are boys, 34 girls. Diagnostics included a complex of psychological and psychophysiological techniques. Revealed that the majority of adolescents with deviant behavior is typical for neuropsychological syndromes associated with delayed development of the prefrontal parts of the brain and impaired the formation of connections between the frontal lobes and subcortical-stem structures of the brain and functional deficiency of the left hemisphere and an imbalance in the functional development of the right hemisphere on the background of the delay of the formation of hemispheric relationship interaction.

**Key words:** deviant behavior, neuropsychological space, psycho-emotional state.

### References

1. Ahutina T.V. Nejropsihologicheskoe obsledovanie [Neuropsychological Examination]. Nejropsihologicheskaya diagnostika, obsledovanie pis'ma i chteniya mladshih shkolnikov [Neuropsychological Diagnostics, Examination of Writing and Reading of Younger Schoolchildren]. Ed. T.V. Ahutinoj, O.B. Inshakovoj. Moskva, 2008. P. 4–10. (In Russ.)
2. Bobrov A.E., Reshetnikov M.M., Ulasen T.V. Zavisimost deviantnyh form povedeniya u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij ot haraktera perenesennogo imi travmaticheskogo opyta [Dependence of deviant forms of behavior in pupils of social protection institutions on the nature of their traumatic experience]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 68 (73). P. 68–82. (In Russ.)
3. Dennison Pol E., Dennison Gejl E. Gimnastika mozga [Brain Gymnastics]. Moskva, 2017. 326 p. (In Russ.)
4. Lekcii po osnovam nejropsihologii [Lectures on the basics of neuropsychology]. Ed. Budy'ka E.V. Moskva, 2014. 55 p. (In Russ.)
5. Luriya A.R. Vysshie korkovye funkcii cheloveka i ih narushenie pri lokalnyh porazheniyah mozga [Higher cortical functions of humans and their disorder in local brain lesions]. Sankt-Peterburg, 2008. 624 p. (In Russ.)
6. Luriya A.R. Osnovy nejropsihologii [Basics of Neuropsychology]. Moskva, 2006. 394 p. (In Russ.)
7. Lyapustina O.V. Lichnostnye osobennosti podrostkov, sklonyh k additivnomu povedeniyu [Personality Features of Teenagers Prone to Addictive Behavior]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 37 (42). Pp. 114–119. (In Russ.)
8. Malkova E.E., Naumova A.A. Osobennosti mezhlchnostnyh otnoshenij podrostkov-deviantov [Peculiarities of interpersonal relations of teenagers-deviants]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52 (57). Pp. 130–138. (In Russ.)
9. Mikadze Yu.V. Nejropsihologiya detskogo vozrasta: uchebnoe posobie [Neuropsychology of Childhood: Tutorial]. Sankt-Peterburg, 2008. 288 p. (In Russ.)



10. Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaya korrekciya v detskom vozraste. Metod zameshchayushhego ontogeneza [Neuropsychological correction in childhood. Method of replacement ontogenesis]. Moskva, 2017. 474 p. (In Russ.)

11. Sultanova A.S. Nejropsihologicheskij podhod k obespecheniyu psihicheskogo zdorovya detej i podrostkov [Neuropsychological Approach to Mental Health of Children and Adolescents]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical Psychology in Russia: Electron. Sci. Journal]. 2017. Vol. 9, N 1 (42). Pp. 7. URL: <http://mprj.ru>. (In Russ.)

12. Czagarelli Yu.A. Sistemnaya psihologicheskaya diagnostika na pribore «Aktivaciometr» [System psychological diagnostics on the device "Activationometer"]. Kazan, 2008. 258 p. (In Russ.)

Received 05.11.2019

**For citing.** Rachmanina I.N., Ovsyannikova T.Yu., Taysaeva S.B. Osobennosti nejropsihologicheskogo prostranstva podrostkov s otklonyayushhimsya povedeniem. *Vestnik psikhoterapii.* 2019. N 72. Pp. 46–57. **(In Russ.)**

Rachmanina I.N., Ovsyannikova T.Yu., Taysaeva S.B. The features of neuropsychological space teenagers with deviant behavior. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 72. Pp. 46–57.

## СНИЖЕНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ В ДНЕВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

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

<sup>2</sup> Медицинский центр «Санавита»  
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8).

Боль как психофизиологический феномен состоит из эмоционального ощущения и реакции в виде моторно-вегетативных и гуморальных проявлений, идентичных стресс-реакциям на неблагоприятное воздействие. Исследовано 36 лиц мужского пола больных после амбулаторной герниопластики. Операции проводились на фоне сочетанной анестезии. Наблюдаемое нами изменение восприятия боли было связано с существованием в центральной нервной системе специальных механизмов для модуляции болевых ощущений, в частности опиоидной анальгетической системы, которая способна ослабить на определенное время боль с помощью эндогенных опиоидных пептидов.

**Ключевые слова:** боль, рецепторы, герниопластика, антиноцицептивная система, болевая афферентация, послеоперационная боль.

### Введение

Боль – важнейший сигнал о повреждении тканей и постоянно действующий регулятор гомеостатических реакций, включая их высшие поведенческие формы. Те редкие индивиды, у которых отсутствуют болевые ощущения, становятся жертвой несчастных случаев, травм, ожогов, пролежней и ряда других тяжелейших патологических процессов.

Благодаря теоретическим разработкам были сформулированы новые представления о механизмах боли [4, 5], понятие об антиноцицептивной (противоболевой) системе и ее роли в формировании болевых ощущений и синдромов.

---

Новиков Константин Васильевич – д-р мед. наук проф., проф. клиники амбулаторной хирургии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Дергунов Анатолий Владимирович – д-р мед. наук проф., проф. каф. патологической физиол., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

✉ Леонтьева Мария Олеговна – ст. лаб., мед. центр «Санавита» (Россия, 195257, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8), e-mail: lov63@inbox.ru.

Боль как психофизиологический феномен состоит из эмоционального ощущения и реакции в виде моторно-вегетативных и гуморальных проявлений, идентичных стресс-реакциям на неблагоприятное воздействие.

С точки зрения теории эволюции она играет роль сигнала об угрозе или о возникшем повреждении тканей, хотя, как известно, ряд заболеваний на ранних стадиях может протекать практически бессимптомно (опухоли различного генеза, поражения печени, почек, сердца, мозга и др.). Боль, являясь сигналом опасности, заставляет больного обратиться к врачу и нередко является важным клиническим признаком для постановки предварительного и окончательного диагноза, необходимы действенные методы по ее коррекции от медикаментозных до психотерапевтических [1, 2, 3].

Фактически интенсивность и характер специфического болевого ощущения зависят не только от активизации ноцицептивной (НЦС), но и от степени и характера функционирования антиноцицептивной системы (АНЦС).

В процессе эволюции шло совершенствование как НЦС, так и АНЦС. В физиологических условиях обе эти системы функционируют содружественно. Активизация НЦС под влиянием многообразных ноцицептивных раздражителей всегда стимулирует АНЦС, что ограничивает болевую афферентацию, болевое ощущение и многочисленные поведенческие, вегетативные и метаболические реакции организма, а значит – способствует более быстрому и эффективному восстановлению нарушенных структур и функций.

Функционирование АНЦС определяется опиоидными и неопиоидными системами, ответственными за ограничение как болевой афферентации, так и болевого ощущения в ответ на действие самых различных по природе интенсивных аллогенных раздражителей.

Действия, направленные на редуцирование послеоперационной боли, заключаются в проведении предоперационной подготовки с учетом и коррекцией психоэмоционального статуса больного, определения его толерантности к боли.

Целью работы являлось исследование субъективного ощущения боли после проведения сочетанной анестезии при герниопластике в клинике амбулаторной хирургии.

### **Материал и методы**

Исследовано 36 лиц мужского пола больных после амбулаторной герниопластики. Операции проводились на фоне сочетанной анестезии.

Местное введение 0,25 % раствора новокаина позволяло снизить дозировку наркотического анальгетика (фентанила), вводимого внутривенно.

Определялись субъективные болевые ощущения методом анкетирования, показатели теста САН. Для оценки боли использована визуальная аналоговая шкала оценки (ВАШ), которая представляет собой неградуированную 10-сантиметровую линию. Ее начало соответствует отсутствию болевого ощущения – «боли нет», а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль – «невыносимая боль».

Препаратом выбора для проведения общей анестезии в условиях дневного хирургического стационара является диприван. Этот вид анестезии оптимален для применения в амбулаторных условиях вследствие легкой управляемости и обеспечения раннего пробуждения пациента, что дает возможность активизировать пациента в более ранние сроки. Последнее введение фентанила за 15-20 минут до окончательного вмешательства позволяет добиться обезболивания послеоперационной раны в период пробуждения.

### Результаты исследования

После операции в течение первого часа, когда пациент становится адекватным (ориентируется во времени и пространстве) и имеет достаточный мышечный тонус, ему предлагалось выполнить определенный набор физических упражнений сначала в постели, а затем при ходьбе по палате. Больной встает с постели и дозированно, под контролем врача, увеличивает нагрузку.

Установлено, что показатели самочувствия и активности теста САН через 1 день после операции достоверно уменьшились по сравнению со значениями до операции, а к 4-му дню восстановились до нормальных значений. Это свидетельствует об улучшении. Показатели настроения к 4-му дню после операции достоверно улучшились (табл. 1).

Таблица 1  
Динамика показателей теста САН после оперативного лечения, (n = 36)

Показатели	До операции	1 день после операции	2 день после операции	4 день после операции
Самочувствие	4,3 ± 0,02	3,3 ± 0,02*	3,1 ± 0,02	4,8 ± 0,02
Активность	5,1 ± 0,02	4,0 ± 0,02*	4,1 ± 0,03	5,3 ± 0,02
Настроение	3,3 ± 0,03	3,1 ± 0,02	4,2 ± 0,02	4,2 ± 0,03*

Примечания: \* здесь и в табл. 2 различия достоверны ( $p < 0,05$ ) по сравнению со значениями до операции.

Определяется достоверное снижение выраженности болевых ощущений со 2-го дня после оперативного лечения ( $6,5 \pm 0,1$  до  $3,3 \pm 0,1$  баллов) (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей шкалы ВАШ после оперативного лечения, (n = 36)

Показатели	До операции	1 день после операции	2 день после операции	3 день после операции	4 день после операции
Самочувствие	$3,3 \pm 0,1$	$6,5 \pm 0,1$ *	$5,1 \pm 0,2$ *	$3,3 \pm 0,1$	$3,3 \pm 0,1$

Наблюдаемое нами изменение восприятия боли было связано с существованием в центральной нервной системе специальных механизмов для модуляции болевых ощущений, в частности опиоидной анальгетической системы, которая способна ослабить на определенное время боль с помощью эндогенных опиоидных пептидов. Эти пептиды обладают сильным специфическим действием не только на центральном уровне, но и на периферическом – через окончания ноцицептивных афферентных волокон в тканях. Нейропептиды, участвующие в передаче возбуждения с ноцицептивных волокон на вторичные нейроны, активируют на мембране нейронов специального класса чувствительные к возбуждающим аминокислотам рецепторы, которые в обычных условиях блокированы ионами магния. При активации этих рецепторов происходит вход внутрь нейронов ионов кальция, что влияет на развитие гиперчувствительности и гипералгезии. Этот эффект может быть устранен применением высоких доз наркотических анальгетиков, что небезопасно. Поэтому наиболее оптимальным в настоящее время является поиск устранения гиперчувствительности применением антагонистов рецепторов ненаркотическими средствами. Интересными являются исследования связи центральной сенситизации спинномозговых нейронов и феномена гипералгезии, то есть «превентивной анальгезии». На этом феномене основано предупреждение боли и снижение негативных последствий в послеоперационном периоде. В частности, проведение у больных наряду с общим обезболиванием еще и местной анестезии приводило в экспериментах к блокированию проведения нервных импульсов при раздражении ноцицепторов в связи с хирургическим вмешательством. Это предупреждало гипервозбуждение спинномозговых нейронов и способствовало благоприятному течению послеоперационного периода.

## Заключение

В результате исследования выявлено, что при применении сочетанной анестезии субъективное ощущение боли у обследованных достоверно снижается к 3-му дню после оперативного лечения и достигает значений до оперативного лечения, что позволяет более активно вести больных в послеоперационном периоде и снизить дозы препаратов при осуществлении операции и в послеоперационный период.

Таким образом, требуют дальнейшего исследования вопросы патогенеза болевых синдромов с целью обоснования и разработки нового поколения качественных и безвредных для организма способов обезболивания. С этим вплотную связана проблема гуманитарной составляющей современной медицины.

## Литература

1. Гордеев С.А. Церебральные механизмы тревожно-фобических расстройств : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 390 с.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М. : Медицина, 2008. – 304 с.
3. Леонтьев О.В., Дергунов А.В., Цыган В.Н., Патологическая физиология боли. – СПб. : МедИнфо, 2013. – 131 с.
4. Dickenson A.H. Pharmacology of pain transmission and control. Pain, 1996. An Updated Review Refresher Course Syllabus (8th World Congress on Pain). – IASP Press, Seattle, WA, 1996. – P. 113–121.
5. Melzack R. The Gate Control Theory: Reaching for the Brain // In: Craig KD, Hadjistavropoulos T. Pain: psychological perspectives. Mahwah, N. J. : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004. – P. 121–132.

Поступила 26.09.2019

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

**Для цитирования.** Новиков К.В., Дергунов А.В., Леонтьева М.О. Снижения субъективного ощущения послеоперационной боли в дневном хирургическом стационаре // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 58–63.

---

## DECREASE IN SUBJECTIVE FEELING OF POSTOPERATIVE PAIN IN THE DAY SURGICAL HOSPITAL

Novikov K.B.<sup>1</sup>, Dergunov A.B.<sup>1</sup>, Leonteva M.O.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kirov Military Medical Academy  
(Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> Medical center «Sanavita»  
(Nauki Ave., 8, St. Petersburg, Russia).

Konstantin Vasilyevich Novikov – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 194044, Russia);

Anatoly Vladimirovich Dergunov – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 194044, Russia);

✉ Maria Olegovna Leontyeva – the senior laboratory assistant of the medical center «Sanavita» (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, 195257, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

**Abstract.** Pain as psychophysiological phenomenon consists of emotional feeling and reaction in the form of the motor and vegetative and humoral manifestations identical a stress reactions on an adverse effect. 36 males of patients after an outpatient gernioplastika are investigated. Operations were performed against the background of the combined anesthesia. The change of perception of pain observed by us was connected with existence in the central nervous system of special mechanisms for modulation of pain, in particular, of an opioid analgetichsky system which is capable to weaken for a certain time pain by means of endogenous opioid peptides.

**Keywords:** pain, receptors, gernioplastika, antinotsitseptivny system, painful afferentation, postoperative pain.

### References

1. Gordeev S.A. Tserebral'nye mekhanizmy trevozhno-fobicheskikh rass-troystv [Cerebral mechanisms of anxiety-phobic disorders] : Abstract diss. Dr. Med. Sci. Moskva. 2008. 390 p. (In Russ.)
2. Karvasarskiy B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva. 2008. 304 p. (In Russ.)
3. Leontev O.V. Patofiziologiya boli [Pathophysiology of pain]. Sankt-Petersburg. 2013. 131 p. (In Russ.)
4. Dickenson A.H. Pharmacology of pain transmission and control. Pain, 1996. An Updated Review Refresher Course Syllabus (8th World Congress on Pain). IASP Press, Seattle, WA, 1996, Pp. 113–121.
5. Melzack R., Katz J. The Gate Control Theory: Reaching for the Brain. In: Craig KD, Hadjistavropoulos T. Pain: psychological perspectives. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2004. Pp. 121–132.

Received 26.09.2019

**For citing:** Novikov K.V., Dergunov A.V., Leont`eva M.O. Snizheniya sub`ektivnogo oshhushheniya posleoperacionnoj boli v dnevnom xirurgicheskom stacionare. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 58–63. (In Russ.)

Novikov K.V., Dergunov A.V., Leonteva M.O. Decrease in subjective feeling of postoperative pain in the day surgical hospital. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 58–63.

## АЛЬТРУИЗМ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОРРЕЛЯТ БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup> Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2  
(Россия, Оренбургский район, с. Старица, пер. Майский, д. 2);  
<sup>2</sup> Оренбургский государственный медицинский университет  
(Россия, Оренбург, ул. Советская, д. 6).

Статья посвящена анализу альтруизма как одного из поведенческих коррелятов благополучного старения. Раскрывается понятие «альтруизм» в рамках психологической науки, дается определение «благополучного старения», исходя из научных взглядов представителей позитивной психологии. Представлены результаты эмпирического исследования самооценки уровня альтруизма в выборке. Было обследовано 226 человек: женщины в возрасте от 60 лет, мужчины от 65 лет, максимальный возраст респондентов составил 94 года (средний возраст по выборке – 70,56 лет). Методы: анкетирование, методика «Индекс благополучного старения» (Ерзин А.И., Ковтуненко А.Ю., Герашенко Н.А.), «Шкала альтруизма» (J.P. Rushton, R.D. Chrisjohn и G.G. Fekken, адаптированная Н.В. Кухтовой). Установлено, что альтруизм является одним из коррелятов благополучного старения ( $r = 0,173$ ;  $p \leq 0,05$ ). Анализ показал, что среди компонентов благополучного старения наиболее связан с альтруизмом аспект социального взаимодействия (0,164). Результаты позволяют говорить о необходимости развития в Российской Федерации в рамках осуществления медико-социальных и клиничко-психологических интервенций поддерживающей терапии и психокоррекции, которые будут способствовать повышению уровня удовлетворенности жизнью и формированию благополучного старения у лиц в позднем возрасте. Проведенное исследование может представлять интерес для специалистов, взаимодействующих с людьми позднего возраста в рамках психологической практики.

**Ключевые слова:** альтруизм, помогающее поведение, самопожертвование, благополучное старение, поздний возраст.

---

✉ Ковтуненко Анастасия Юрьевна – мед. психолог, Оренбургская областная клиническая психиатр. больница № 2 (Россия, 460551, Оренбургский р-н, с. Старица, пер. Майский, д. 2); e-mail: a\_ju\_kovtunenko@mail.ru;

Ерзин Александр Игоревич – канд. психол. наук, доцент каф. клинической психологии и психотерапии, Оренбургский гос. мед. ун-т (Россия, 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6); e-mail: alexerzini@gmail.com.

Работа выполнена в рамках проекта, поддержанного Грантом Президента Российской Федерации за 2018 г. (МК – 5837.2018.6., Соглашение № 075-15-2019-105).



## Введение

В обыденном сознании альтруизм связан с моральным, бескорыстным поведением, направленным на благо других людей, с приоритетом их интересов в отношении собственных. Для более широкого понимания этого явления необходим анализ научных взглядов и определение понятия с исторической и парадигматической точек зрения.

Научный взгляд на проблему альтруизма стал зарождаться в философии. Термин впервые появился в трудах французского философа, родоначальника позитивизма и основоположника социологии О. Конта. Альтруизм, по его мнению, мог служить основой для построения совершенного человеческого общества, где каждый бескорыстно побужден к поступкам, приносящим пользу другим. Такое понимание альтруизма, полностью противопоставленное эгоистическим устремлениям людей, схоже с современными представлениями [7].

Вслед за О. Контом феномен «самопожертвования» исследовало большое число философов, в числе которых Н.А. Бердяев, Дж.С. Милль, В.С. Соловьев, А. Швейцер, А. Шопенгауэр и др. Общей тенденцией этих теорий было рассмотрение альтруизма с точки зрения нравственного поведения [5].

Оставаясь под пристальным вниманием философов практически целое столетие, альтруистическое поведение в начале XX века стало привлекать к себе интерес психологов. Характерной чертой психологической науки того времени являлся критический пересмотр прежних позиций, поиск новых путей развития, что привело к возникновению разных психологических школ и направлений (психоанализ, бихевиоризм, когнитивная психология, гештальт-психология и др.), а следовательно, к разобщению взглядов в отношении многих вопросов, в том числе в понимании сущности альтруизма.

С точки зрения психоаналитического подхода альтруизм рассматривается как производная базовой эгоистической мотивации [2, 4, 5]. Ученые этого направления (З. Фрейд, А. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни и др.) уделяли большое внимание неосознаваемым механизмам помогающего поведения (понятие, с которым в мировой психологии нередко ассоциируется термин «альтруизм») и предполагали, что за альтруистическим поступком лежит эгоистический мотив, проявляющийся в получении чувства морального удовольствия, этического удовлетворения или же усиления чувства собственного достоинства. В труде А. Фрейд «Эго и механизмы защиты» альтруизм выступает особой формой психологической защиты, связанной с

невротическим поведением личности. Кроме этого, в работах психоаналитиков помогающее поведение обнаруживает тесную связь со склонностью к контролю и доминированию [5].

Гуманистический подход, представленный, в частности, в работах К.Р. Роджерса, объясняет альтруизм как «отношение между людьми, в котором одни люди содействуют другим людям в становлении и развитии личности, в улучшении жизнедеятельности и взаимоотношений» [13].

Когнитивный подход связывает альтруистические тенденции с качественными изменениями в аспекте когнитивной, социальной перспективы и развитием моральных суждений [5].

Согласно теории социального научения А. Бандуры, альтруизму люди научаются в процессе взаимодействия с социальным окружением. То есть альтруизм – это социальное научение [4].

В отечественной психологической традиции образовалось три подхода к пониманию альтруизма [1]:

- 1) личностно-нормативный (С.Г. Якобсон, Е.В. Субботинский, А.Н. Леонтьев, А.Г. Асмолов и др.);
- 2) индивидуально-эмоциональный (Л.И. Божович, Т.Е. Конников, А.А. Бодалев, Н.Н. Обозов, Л.П. Стрелкова и др.);
- 3) коллективистский (А.В. Петровский и др.).

Первый подход предполагает необходимость нравственной оценки альтруистического поступка и расценивает альтруизм с точки зрения умения сопоставлять свое поведение с моральными нормами.

Согласно индивидуально-эмоциональному подходу, предпосылкой альтруизма является чувство эмпатии. Данный взгляд предполагает, что чужие страдания, трудности и мучения вызывают дистресс у большинства людей, вызванный идентификацией с переживаниями другого и сопереживанием им. Такие люди под действием сильного дискомфорта стремятся облегчить собственное состояние путем смягчения негативных эмоций и чувств страдающих, что позволяет им самим меньше переживать и успокоиться [8, 12].

Представление о том, что альтруизм – это форма коллективистских взаимоотношений людей и часть действенной эмоциональной групповой идентификации, принадлежит, как уже видно из определения, коллективистскому подходу.

В настоящее время тема альтруистического поведения привлекает к себе все большее внимание.

В последних работах американских нейропсихологов отсутствует разница в позитивной оценке мозгом благотворительных поступков независимо от того, бескорыстны они или расчетливы. И в том и в другом случае возбуждаются одни и те же центры основания больших полушарий (левая передняя островковая доля, левая нижняя часть полосатого тела и передняя поясная кора). Но при этом импульс возбуждения в разных зонах проявляется по-разному и проходит разные пути, а значит, мозг хорошо отличает бескорыстные поступки от взаимовыгодных [17]. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что происхождение бескорыстного альтруизма берет свое начало от взаимного помогающего поведения. Так, еще автор теории реципрокного альтруизма Р. Трайверс предпринял попытку показать бóльшую выгоду для популяции от дружеских отношений, чем от индивидуалистических. В доказательство он приводит пример с животными, которые обмениваются пищей или сигналами о приближающейся опасности [7].

Опираясь на анализ представленных здесь теорий альтруизма, его проявлений и лежащих в основе мотивов, можно сделать вывод о том, что эти вопросы обнаруживают ряд парадоксов и разночтений.

Противоречивость и парадоксальность альтруизма в своих трудах отмечает и Я. Рейковский, предлагая все же определять альтруизм следующим образом: «любовь и забота о других; стремление к благополучию других при отсутствии выгоды для себя; склонность безвозмездно жертвовать собой ради группы; желание помочь другому, даже если это повлечет за собой какие-то издержки для помогающего» [1].

Несмотря на то что в качестве нравственного принципа альтруизм существовал и осознавался раньше появления научных воззрений на его счет, а интерес к научному исследованию этого феномена появился больше века назад, за это время в науке издано лишь небольшое количество фундаментальных трудов. Также стоит отметить дефицит данных о взаимосвязи альтруизма и благополучного старения.

С начала 80-х гг. XX в. в медицине, биологии и психологии возрос интерес к проблемам старения [15]. Обусловлено это феноменом «стареющего (сedeющего) населения» [9], который описывает демографическую ситуацию как в развитых, так и в развивающихся странах, в т. ч. и в России, и представляет собой процесс увеличения доли старшего поколения в общей численности населения при уменьшении доли детей и молодежи. В 1961 году R.J. Navighurst впервые ввел термин «благополучное старение», под которым понимал «такое состояние пожилого человека, при котором

он максимально удовлетворен своей жизнью» [18]. В дальнейшем в зарубежной литературе уделялось большое внимание уточнению данного понятия. Успехи в области геронтологии, геронтопсихологии и геронтопсихиатрии позволили отказаться от восприятия старости как болезни [10], а принятая в западной психологии концепция успешного старения привела к резкому росту теоретико-методологических и эмпирических исследований [10]. Однако в современном российском обществе сохраняется стереотип старости, носящий негативный оттенок и ассоциирующийся с упадком физических сил, ухудшением здоровья, бедностью, сужением социальных связей, чувством одиночества, потерей интереса к новому опыту, снижением имеющихся возможностей и др. [16], что, впрочем, имеет и объективные тому основания. Однако существует иной – более «позитивный» взгляд на старение в рамках теории благополучного старения, которая включает в себя следующие критерии старости: «высокий уровень образования и физической деятельности, участие в общественной жизни, отсутствие хронических заболеваний и инвалидности, автономия и наличие личного дохода» [11]. Благополучное старение включает в себя также «удовлетворенность жизнью, принятие себя, положительные социальные отношения, контроль над собственной жизнью, гибкую адаптацию к окружающей среде, ощущение востребованности и стремление к личностному росту» [11]. Концепция благополучного старения активно развивается в рамках позитивной психологии, заслуженными пионерами которой являются М. Селигман, М. Чиксентмихайи, Э. Динер, К. Рифф, Э. Деси, Р. Райн, С. Мадди и др. [14].

Альтруизм в модели благополучного старения Е. Kahana и В. Kahana выступает внутренним ресурсом, помогающим справляться со стрессами в пожилом возрасте и в старости [19].

### **Цель исследования**

Изучить общие проявления альтруистического поведения у лиц в возрасте от 60 лет (женщины) – 65 лет (мужчины) и старше; проанализировать взаимосвязь альтруизма с благополучным старением.

### **Материалы и методы исследования**

В состав участников исследования вошли 226 человек: женщины в возрасте от 60 лет, мужчины от 65 лет, максимальный возраст респондентов составил 94 года. Средний возраст участников исследования –  $70,56 \pm 9,986$  лет. По полу представленность в выборке следующая: 64,43 % среди

всех опрошенных – женщины, 35,57 % – мужчины. Такое неравномерное распределение мужчин и женщин по выборке объясняется скорее аналогичной неравномерностью распределения полов в популяции в целом. Средняя продолжительность жизни у женщин достоверно выше, чем у мужчин, что, в свою очередь, объясняется генетическими причинами и историческими факторами (типом труда, большим количеством потребляемого алкоголя, курением, военной службой, агрессивными и насильственными чертами характера и др.), которые смогли сыграть важную роль в повышении смертности мужчин. В качестве баз для проведения исследования были выбраны: ГБУЗ «Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн», в состав которого наравне с прочими входят центр гериатрии и паллиативное отделение; Акционерное общество «Санаторий “Строитель”, оказывающий медицинскую помощь в виде санаторно-курортного лечения, в том числе лицам пожилого возраста; частное учреждение социального обслуживания населения «Социально-оздоровительный центр (пансионат) “Марсово поле”, который предоставляет услуги по проведению социально-оздоровительных, профилактических и социокультурных мероприятий для граждан пожилого возраста. На начальном этапе исследования с целью сбора демографических данных использовался метод стандартизированного опроса. Участие в исследовании было добровольным.

Основным методом изучения структуры благополучного старения был разработанный авторами (А.И. Ерзин с соавт., 2015) опросник, состоящий из 70 пунктов, позволяющий оценить субъективное благополучие на уровне интегрального показателя, а также по 7 базовым субшкалам, отражающим центральные ценности и сферы жизни обследуемых: «Здоровье», «Финансовое благополучие», «Социальное взаимодействие», «Временная перспектива», «Работа и хобби», «Личностный рост и позитивные эмоции», «Семья». Опросник в ходе предварительных испытаний продемонстрировал хорошие психометрические показатели ( $\alpha$ -Кронбаха = 0,910; коэффициент эмпирической валидности  $r = 0,763$  в сопоставлении с результатами Оксфордского опросника счастья, при  $N = 70$ ). С целью изучения уровня альтруизма у представителей выборки была выбрана адаптированная Н.В. Кухтовой «Шкала альтруизма самоотчета», авторами которой являются J.P. Rushton, R.D. Chrisjohn и G.G. Fekken (Университет Западного Онтарио) [6]. Адаптированная шкала «Альтруизм» является опросником, состоящим из 13 утверждений, разработанным для изучения общих проявлений альтруистического поведения. В ней используется пять кате-

горий для того, чтобы ответить в соответствии с той частотой, с которой человек участвовал в решительных альтруистических действиях («никогда», «однажды», «не раз», «часто», «очень часто»). Респондентам предлагалась следующая инструкция: «Возможно, в Вашей жизни возникали ситуации, когда Вы оказывали помощь другим людям. Пожалуйста, ответьте, как часто Вам приходилось это делать добровольно, например в прошлом году». Обработка результатов осуществлялась по каждому пункту шкалы в связи с частотой выбора определенного утверждения путем сложения. Чем больше исследуемый набрал баллов, тем в большей степени у него выражена тенденция участвовать в альтруистическом поведении в различных ситуациях.

Статистические методы: методы описательной статистики; корреляционный анализ Пирсона; регрессионный анализ. Обработка данных производилась с помощью стандартного пакета программ для математического вычисления IBM SPSS Statistics 22, Amos 22 и Microsoft Office Excel 2013.

### Результаты и их обсуждение

Анализ полученных в ходе эмпирического исследования результатов показал, что среднее значение «Индекса благополучного старения» по выборке – 397,94, что соответствует нормативным показателям «ниже нормы».

Анализ структуры компонентов опросника «Индекс благополучного старения» (табл. 1.) позволил сделать вывод о том, что на первом месте по выраженности оказалась шкала «Семья», описывающая получение удовольствия от частого пребывания в кругу близких людей и теплые отношения с детьми, внуками, правнуками и др. родственниками.

Таблица 1  
Описательная статистика компонентов опросника «Индекс благополучного старения» в обследованной выборке

Шкалы	Среднее значение	Стандартное отклонение
Индекс благополучного старения	397,9435	88,33206
Здоровье	54,3150	17,39532
Финансовое благополучие	53,3925	22,57376
Социальное взаимодействие	54,0041	26,11403
Временная перспектива	53,6036	24,21392
Работа и хобби	57,5236	24,03767
Семья	72,5766	23,80085
Личностный рост и позитивные эмоции	58,9685	22,30666

Вторая по выраженности шкала – «Личностный рост и позитивные эмоции» – так или иначе касается положительных эмоций, позитивных последствий старости, связанных с обретением мудрости, уверенности в себе и т. д.

На третьем месте по степени выраженности расположилась шкала «Работа и хобби». В этом плане старость рассматривается респондентами как возможность посвятить высвободившееся время себе, своим увлечениям и ценностям или же сохранить профессиональную деятельность при условии, что она доставляет радость.

Менее выраженные и приблизительно равные значения получены по шкалам «Здоровье», «Социальное взаимодействие», «Финансовое благополучие» и «Временная перспектива». Необходимо отметить, что сниженный средний показатель шкалы «Здоровье», предполагающей субъективную удовлетворенность физическим состоянием на данный момент, сохранность когнитивных процессов, отсутствие заметных изменений в физическом и психическом функционировании в последнее время, обусловлен спецификой выборки – большинство респондентов на момент исследования находились на стационарном лечении, испытывали определенные жалобы соматического характера, что не позволило им достичь высоких результатов по данной шкале.

Интервьюирование респондентов позволило уточнить, что низкие показатели по шкале «Финансовое благополучие» у многих из них обусловлены высокими ценами на продовольственные продукты и лекарственные препараты при недостаточно высоких пенсионных выплатах, а также невозможностью радовать подарками внуков так часто, как им хотелось бы.

Также при интервьюировании некоторые участники исследования отмечали, что пережили смерть близких друзей; в иных случаях респонденты указывали, что на данный момент проживают совместно с детьми, покинув родные села/деревни, в которых активно взаимодействовали с соседями, друзьями и знакомыми, чего не могут делать в настоящий момент; а те, кто пережили смерть супруга(и), нередко заявляли о том, что большую часть времени вынуждены находиться в одиночестве, поскольку «даже частые встречи с близким и знакомыми людьми не могут заменить домашнего общения с человеком, с которым прожили вместе почти всю жизнь». Эти обстоятельства, вероятно, выступают причиной низких показателей по шкале «Социальное взаимодействие».

Относительно невысокая выраженность показателей по шкале «Временная перспектива» свидетельствует, главным образом, о склонности, отмечаемой у многих респондентов, вспоминать прошлое с сожалением о допущенных ошибках и желанием изменить что-либо, о переживаемом страхе при мыслях о смерти, об отсутствии перспектив и четких планов на будущее.

Средние значения выраженности альтруизма у опрошенных представлены в табл. 2.

Таблица 2

Средние значения выраженности альтруизма по выборке

	Min	Max	Среднее значение	Стандартное отклонение
Альтруизм	5	86	59,76	23,368

Исходя из результатов, представленных в табл. 2, видно, что значение альтруизма в группе опрошенных соответствует «высоким» показателям (51–70 %). Высокая степень тенденции участвовать в альтруистическом поведении в различных ситуациях свидетельствует о бескорыстной заботе о благополучии других, о приношении в «жертву» своих выгод ради пользы другого человека, других людей или общества в целом.

Как мы можем убедиться, взглянув на табл. 3, содержащую в себе результаты проведенного корреляционного анализа между показателями по шкале альтруизма и показателями методики «Индекс благополучного старения», альтруизм и уровень благополучия имеют значимую положительную двустороннюю связь. При этом из числа всех структурных компонентов основной методики аналогичная взаимосвязь альтруизма наблюдается с субшкалой «Социальное взаимодействие».

Исходя из представленных в табл. 4 результатов, полученных с помощью регрессионного анализа, значимого влияния на благополучное старение альтруизм не оказывает.



Таблица 3

Матрица корреляций между показателями, полученными по шкале альтруизма, и показателями методики «Индекс благополучного старения»

	Альтруизм
Индекс благополучного старения	<b>,173*</b>
Здоровье	,074
Финансовое благополучие	,036
Социальное взаимодействие	<b>,164*</b>
Временная перспектива	– ,004
Работа и хобби	,093
Семья	,097
Личностный рост и позитивные эмоции	,087

Примечание: \* – корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица 4

Анализ влияния альтруизма на благополучное старение

	R	p
Альтруизм	0,028	0,672

Примечание: зависимая переменная – индекс благополучного старения.

### Заключение

Актуальность исследования обуславливают демографические, социально-экономические и парадигмальные изменения, происходящие в настоящее время как в мировом сообществе в целом, так и в нашей стране в частности. Все перечисленные изменения вызваны тенденцией постарения населения или, иначе говоря, значительным повышением в нем доли пожилых людей. Следует указать на острую необходимость в развитии в Российской Федерации в рамках осуществления медико-социальных и клинико-психологических интервенций поддерживающей терапии и психокоррекции, которые будут способствовать поддержанию удовлетворенности жизнью и формированию благополучного старения у лиц в позднем возрасте.

Полученные результаты показывают, что альтруизм как отдельный поведенческий фактор не способствует достижению субъективного благополучия людей в пенсионном возрасте и старше. Однако лица данной возрастной категории, набравшие высокие баллы по шкале методики «Индекс благополучного старения», чаще склонны предоставлять помощь другим, сознательно не связывая это с собственными интересами и последующим

вознаграждением. Кроме того, альтруистическое поведение в данном случае представляет более высокую степень нравственности, нежели простые чувства родства или кровные связи (что наблюдается в случае респондентов, набравших низкие показатели по шкале «Индекс благополучного старения»). Взаимосвязь альтруистического поведения с такой субшкалой разработанной нами методики, как «Социальное взаимодействие», отражает феномен социальной идентификации. Альтруизм сам по себе вне социума невозможен. Drew M. Altschul с соавт. в своем исследовании подчеркивают связь альтруизма с высоким качеством социальных связей [20]. Высокий уровень альтруизма по всей выборке в целом обусловлен, вероятно, тем, что ее представители – это как участники Великой Отечественной войны, молодость которых проходила в условиях коллективизма и посвящения жизни служению обществу, так и дети участников военных событий, которым с детства прививались те же нравственные принципы. Но поскольку благополучное старение имеет сложную многофакторную психологическую структуру, то такие параметры, как соматическое здоровье, финансовое благополучие, удовлетворенность семейными отношениями, сохраняемая активность в обществе и др., позволяют эмоционально самоотождествлять себя с другими людьми, а не только с близкими родственниками. Можно предположить, что в случае низких показателей по шкале благополучного старения в силу плохого самочувствия и имеющихся проблем со здоровьем, потери близких людей, связанной, к примеру, с их смертью или переездом из деревни в городские условия (что часто наблюдается в пожилом возрасте исходя из беседы с респондентами), и других факторов происходит так называемое психологическое отчуждение, когда на первый план все чаще выходят собственные проблемы, трудности и интересы.

Проведенное исследование может представлять интерес для специалистов, взаимодействующих с людьми позднего возраста в рамках психологической практики.

### **Литература**

1. Андреев П.В. Развитие представлений об альтруизме и взаимопомощи в зарубежной и отечественной психологии // Вестник КГУ. – 2007. – № 3. – С. 19–21.
2. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Дробижев М.Ю. [и др.]. Разработка и первый этап апробации многофакторного опросника «Индекс психологического благополучия» // Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии: материалы VI междунар. конф. – 2016. – С. 51–53.

3. Ерзин А.И., Герашенко Н.А. Образ благополучной старости в представлении студентов // Психолог. – 2015. – № 5. – С. 76–95.
4. Ильин Е.П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. – СПб. : Питер, 2013. – 304 с.
5. Кейсельман (Дорожкин) В.Р. Альтруизм: так называемое добро. – Симферополь : Таврия, 2010. – 348 с.
6. Кухтова Н.В. Экспресс-диагностика специалистов помогающих профессий : метод. рекомендации. – Витебск : ВГУ им. П.М. Машерова. – 2013. – 28 с.
7. Лаверычева И.Г. Альтруизм и эгоизм с естественнонаучной точки зрения // Междисциплинарный научный и прикладной журнал «Биосфера». – 2016. – Т. 8, № 3. – С. 338–361.
8. Лаверычева И.Г. Влияние эмпатии на проявления альтруизма и эгоизма // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2013. – № 160. – С. 65–74.
9. Медков В.М. Демография. – М. : ИНФРА-М, 2003. – 151 с.
10. Мелехин А.И. Психологические модели успешного старения (обзор зарубежных исследований) // Психологический журнал Междунар. ун-та природы, общества и человека «Дубна». *Dubna Psychological Journal*. – 2014. – № 2. – С. 44–61.
11. Овсянникова Н.В. Социальный потенциал благополучного старения современного человека // Общество: философия, история, культура. – 2016. – № 1. – С. 32–44.
12. Ри Шин Хян. Особенности понимания счастья у людей с разным уровнем психологического благополучия // Вестник КГУ. – 2014. – № 6. – С. 15–22.
13. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М. : Прогресс, 2004. – 480 с.
14. Розенова М.И., Киселев С.Н. Позитивная психология в России: проблемы терминологии и целей // Педагогика и психология образования. – 2013. – № 1. – С. 87–96.
15. Рощина И.Ф. Исследование нормального и патологического старения (нейропсихологический подход) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2. – С. 8. [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 23.09.2018).
16. Стрижицкая О.Ю. Здоровая личность. – СПб. : Речь, 2013. – С. 241–246 (гл. «Современные проблемы психологии старения»).
17. Стрижицкая О.Ю., Хункос-Рабдан О. Современные европейские направления исследований психологии старения // Вестник СПбГУ. – Сер. 16: Психология. Педагогика. – 2014. – № 2. – С. 67–69.
18. Havighurst R.J. Successful aging // *The Gerontologist*. – 1961. – 345 p.
19. Kahana E., Kahana B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. Ed. V.L. Bengtson. *Adulthood and aging. Research on continuities and discontinuities*. – New York : Springer, 1996. – P. 18–40.
20. Paola N.R. Developing altruism and empathy in Ecuadorian college students: impact of a mandatory service-learning course: dis. ... doctor of education. Boston, 2005. 150 p.

Поступила 24.10.2019

Авторы декларируют об отсутствии конфликта интересов, связанных с публикацией статьи.

**Для цитирования.** Ковтуненко А.Ю., Ерзин А.И. Альтруизм как поведенческий коррелят благополучного старения у лиц позднего возраста // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 64–78.

---

ALTRUISM AS A BEHAVIORAL CORRELATE OF SUCCESSFUL AGING  
IN YOUNG PEOPLE

Kovtunenکو A.Yu.<sup>1</sup>, Erzin A.I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital № 2  
(Maisy Lane, 2, village Staritsa, Orenburg district, Russia);

<sup>2</sup>Orenburg State Medical University  
(Soviet Str., 6, Orenburg, Russia).

✉ Anastasia Yurievna Kovtunenکو – clinical psychologist of the Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital N2 (Maisy Lane, 2, village Staritsa, Orenburg district, 460551, Russia); email: a\_ju\_kovtunenکو@mail.ru;

Alexander Igorevich Erzin – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department clinical psychology and psychotherapy Orenburg State Medical University (Soviet Str., 6, Orenburg, 460000, Russia); e-mail: alexerzini@gmail.com.

**Abstract.** The article is devoted to the analysis of altruism as one of the behavioral correlates of successful aging. The concept of “altruism” is revealed in the framework of psychological science, the definition of “successful aging” is given based on the scientific views of representatives of positive psychology. The results of an empirical study of self-assessment of the level of altruism in the sample are presented. 226 people were examined: women over 60 years old, men over 65 years old, the maximum age of the respondents was 94 years (the average age in the sample was 70,56 years). Methods: questioning, “Successful aging inventory” (Erzin A.I., Kovtunenکو A.Yu., Gerashchenko N.A.), “Self-report altruism scale” (J.P. Rushton, R.D. Chrisjohn and G.G. Fekken, adapted by N.V. Kukhtovoy). It was found that altruism is one of the correlates of successful aging ( $r = 0,173$ ;  $p \leq 0,05$ ). The analysis showed that among the components of successful aging, the aspect of social interaction is most associated with altruism (0,164). The results suggest the need for the development of supportive therapy and psycho-correction in the Russian Federation as part of the implementation of medical, social and clinical-psychological interventions, which will increase the level of satisfaction with life and the formation of successful aging in

people of late age. The study may be of interest to specialists who closely interact with people of late age in the framework of psychological practice.

**Keywords:** altruism, helping behavior, self-sacrifice, successful aging, late age.

### References

1. Andreyev P.V. Razvitiye predstavleniy ob al'truizme i vzaimopomoshchi v zarubezhnoy i otechestvennoy psikhologii [Development of ideas about altruism and mutual assistance in foreign and domestic psychology]. *Vestnik KGU* [Journal of KSU]. 2007. N 3. P. 19–21. (In Russ.)
2. Antokhin Ye.YU., Budza V.G., Drobizhev M.YU. [et al.]. Razrabotka i pervyy etap aprobatsii mnogofaktornogo oprosnika «Indeks psikhologicheskogo blagopoluchiya» [Development and first stage of testing of the multi-factor questionnaire "Index of psychological well-being"]. *Dushevnoye zdorov'ye naseleniya na granitse Yevropy i Azii* [Mental health of the population on the border of Europe and Asia]. 2016. P. 51–53. (In Russ.)
3. Erzin A.I., Gerashchenko N.A. Obraz blagopoluchnoy starosti v predstavlenii studentov [Image of prosperous old age in the representation of students]. *Psikholog* [Psychologist]. 2015. N 5. P. 76–95. (In Russ.)
4. Il'in Ye.P. Psikhologiya pomoshchi. Al'truizm, egoizm, empatiya. [Psychology of Help. Altruism, selfishness, empathy]. Sankt-Peterburg. 2013. 304 p.
5. Keyseľ'man (Dorozhkin) V.R. Al'truizm: tak nazyvayemoye dobro. [Altruism: so-called good]. Simferopol'. 2010. 348 p. (In Russ.)
6. Kukhtova N.V. Ekspres-diagnostika spetsialistov pomogayushchikh professiy: metodicheskiye rekomendatsii [Express diagnostics of specialists of assisting professions: methodological recommendations]. Vitebsk. 2013. 28 p. (In Russ.)
7. Laverycheva I.G. Al'truizm i egoizm s yestestvennonauchnoy tochki zreniya [Altruism and egoism from a natural scientific point of view]. *Mezhdistsiplinarnyy nauchnyy i prikladnoy zhurnal «Biosfera»* [Interdisciplinary scientific and applied journal "Biosphere"]. 2016. Vol. 8. N 3. P. 338–361. (In Russ.)
8. Laverycheva I.G. Vliyaniye empatii na proyavleniya al'truizma i egoizma [Influence of empathy on manifestations of altruism and selfishness]. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena* [Proceedings of the Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen]. 2013. № 160. P. 65–74. (In Russ.)
9. Medkov V.M. Demografiya [Demography]. Moskva. 2003. 151 p. (In Russ.)
10. Melekhin A.I. Psikhologicheskiye modeli uspehnogo stareniya (obzor zarubezhnykh issledovaniy) [Psychological Models of Successful Ageing (Review of Foreign Studies)]. *Psikhologicheskiy zhurnal Mezhdunarodnogo universiteta prirody, obshchestva i cheloveka «Dubna»* [Psychological Journal of the International University of Nature, Society and Man "Dubna"]. Dubna Psychological Journal. N 2. 2014. P. 44–61. (In Russ.)
11. Ovsyannikova N.V. Sotsial'nyy potentsial blagopoluchnogo stareniya sovremennogo cheloveka [Social Potential of Prosperous Ageing of Modern Man]. *Obshchestvo: filosofiya, istoriya, kul'tura* [Society: Philosophy, History, Culture]. 2016. N 1. P. 32–44. (In Russ.)

12. Ri Shin Khyan. Osobennosti ponimaniya schast'ya u lyudey s raznym urovnem psikhologicheskogo blagopoluchiya . [Peculiarities of understanding happiness in people with different levels of psychological well-being]. *Vestnik KGU* [Journal of KSU]. 2014. N 6. P. 15–22. (In Russ.)

13. Rodzhers K.R. Vzgl'yad na psikhoterapiyu. Stanovleniye cheloveka [A look at psychotherapy. Human development]. Moskva. 2004. 480 p. (In Russ.)

14. Rozenova M.I., Kiselev S.N. Pozitivnaya psikhologiya v Rossii: Problemy terminologii i tseley [Positive Psychology in Russia: Problems of Terminology and Goals]. *Pedagogika i psikhologiya obrazovaniya* [Pedagogy and Psychology of Education]. 2013. N 1. P. 87–96. (In Russ.)

15. Roshchina I.F. Issledovaniye normal'nogo i patologicheskogo stareniya (neyropsikhologicheskii podkhod) [Study of normal and pathological aging (neuropsychological approach)]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical psychology in Russia: electron. Journal]. 2015. N 2. P. 8. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://mprj.ru> (In Russ.)

16. Strizhitskaya O.YU. Zdorovaya lichnost'. Gl.: Sovremennyye problemy psikhologii stareniya [Healthy personality. Gl.: Modern problems of psychology of ageing]. Sankt-Peterburg. 2013. P. 241–246. (In Russ.)

17. Strizhitskaya O.YU., Khunkos-Rabadan O. Sovremennyye yevropeyskiye napravleniya issledovaniy psikhologii stareniya [Modern European directions of research of psychology of ageing]. *Vestnik SPbGU. Seriya 16: Psikhologiya. Pedagogika* [SPbSU Gazette. Series 16: Psychology. Pedagogy]. 2014. N 2. P. 67–69. (In Russ.)

18. Havighurst R.J. Successful aging. *The Gerontologist*. 1961. 345 p.

19. Kahana E., Kahana B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. Ed. V.L. Bengtson. *Adulthood and aging. Research on continuities and discontinuities*. New York: Springer. 1996. Pp. 18–40.

20. Paola N.R. Developing altruism and empathy in Ecuadorian college students: impact of a mandatory service-learning course: dis. ... doctor of education. Boston. 2005. 150 p.

Received 24.10.2019

**For citing.** Kovtunenکو A.Yu., Erzin A.I. Al'truizm kak povedencheskiy korrelyat blagopoluchnogo stareniya u lits pozdnego vozrasta. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 64–78. (In Russ.)

Kovtunenکو A.Yu., Erzin A.I. Altruism as a behavioral correlate of successful aging in young people. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 64–78.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ, ПРИШЕДШИХ НА КУРС ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

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

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

<sup>3</sup> Русская христианская гуманитарная академия  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15);

<sup>4</sup> Международный институт резервных возможностей человека  
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);

<sup>5</sup> Республиканский центр зависимостей, Каунасский филиал  
(Литва, Каунас, ул. Гиедрайчу, д. 8).

В Международном институте резервных возможностей человека (Санкт-Петербург) (МИРВЧ) проведено исследование по определению психологических характеристик у 74 пациентов, посещавших занятия по психофизической саморегуляции, которых по опыту обращения за психотерапевтической помощью разделили на 4 группы. Уровень мотивации исследовали при помощи «Опросника для исследования стадий психотерапии» (The University of Rhode Island Change

---

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;

✉ Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vestnik-psy@yandex.ru;

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. психотерапии, мед. психологии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Кузнецова Дарья Владимировна – врач общ. практики, магистрант каф. психологии, Русская христиан. гуманит. акад. (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15), e-mail: dashabogomolova@yandex.ru;

Мизерас Саулюс – канд. психол. наук, врач-психиатр, мед. психолог, Междунар. ин-т резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Тикнютэ Года – врач психиатр, зав. стационарным отделением, Республиканский центр зависимостей, Каунасский филиал (Литва, Каунас, LT-44148, ул. Гиедрайчу, д. 8).

Assessment Scale, URICA), оценка психологического здоровья респондентов проводилась с использованием методики А. Антоновского, стрессоустойчивости – самооценочного теста Ю.В. Щербатых, депрессивных расстройств – методики А. Бека, тревожности – теста Спилбергера–Ханина. Установили, что основные психологические показатели у пациентов МИРВЧ находились в пределах допустимых значений шкал используемых тестов

Изучена связь между шкалами теста А. Антоновского и теста Щербатых, показавшая, что между компонентами шкалы SOC («постижимость», «управляемость», «осмысленность» и их суммы – «чувство связности») и обобщающими показателями теста стрессочувствительности «базовый показатель стрессочувствительности» и шкалой «динамическая чувствительность к стрессам» существует обратная, преимущественно умеренная ( $r$  Пирсона в пределах от  $-0,32$  до  $-0,42$ ) статистически значимая ( $p < 0,01$ ) связь, а также между шкалой «осмысленность» и шкалой «конструктивные способы преодоления стрессов» – прямая средней степени выраженности ( $r = 0,42$ ) статистически значимая ( $p < 0,001$ ) связь. Шкала «конструктивные способы преодоления стрессов» демонстрирует положительную слабую ( $r$  Пирсона в пределах от  $0,24$  до  $0,28$ ) статистически значимую ( $p < 0,05$ ) связь с «уровнем мотивации на лечение» и шкалой «действия» теста URICA, умеренную обратную ( $r = -0,33$ ) статистически значимую ( $p = ,004$ ) связь со шкалой теста URICA «предразмышления». Шкала «деструктивные способы преодоления стресса» отрицательно умеренно ( $r = -0,32$ ) статистически значимо ( $p = 0,005$ ) связана со шкалой теста URICA «действия». Шкалы теста URICA «действия» и «уровень мотивации» показали обратную, преимущественно слабую ( $r < |0,3|$ ), но статистически значимую ( $p < 0,05$ ) связь со шкалой теста депрессии А. Бека «соматический компонент». Все шкалы теста А. Антоновского кроме шкалы «управляемость» отрицательно, достаточно сильно (от  $r = -0,36$  до  $r = -0,56$ ) и статистически значимо ( $p < 0,01$ ) связаны со шкалами теста депрессии А. Бека. Все шкалы теста А. Антоновского положительно преимущественно слабо ( $r < 0,3$ ), но статистически значимо ( $p < 0,05$ ) связаны со шкалой теста Спилбергера–Ханина «реактивная тревожность». Между шкалами «управляемость» и «чувство связности» и шкалой «личностная тревожность» также отмечается отрицательная преимущественно слабая ( $r < 0,3$ ), но статистически значимая ( $p < 0,05$ ) корреляционная связь.

**Ключевые слова:** клиническая (медицинская) психология, психофизическая саморегуляция, мотивация, жизнестойкость, чувство связности, стрессочувствительность, стрессоустойчивость, депрессия, тревожность.

Внедрение теоретических разработок психологов, а также использование уже проверенных временем психологических методик в медицинскую практику дает хороший эффект применительно к профилактике и лечению заболеваний, а также распространению здорового образа жизни [1, 3]. При этом роль поведенческого и мотивационного компонентов долгое время недооценивалась большинством медицинских специалистов [6, 12]. Быстрый прогресс медицинских технологий и фармакологических средств



создал ситуацию, при которой врачи все больше полагались на «волшебную таблетку» и все меньше осознавали ценность приемов психотерапии и психокоррекции. [3].

Становление психотерапии шло непростым путем и сталкивалось с множеством проблем. Одна из них заключалась в том, что к началу 1980-х годов наиглавнейшим оказался вопрос понимания изменений поведения клиента/больного в течение психотерапевтического процесса [12]. Чтобы разработать эффективные практические приемы психотерапии, была необходима всесторонняя модель изменения поведения пациента. Такая модель была разработана психологами университета Род Айленд – Дж.О. Прохазкой и К.К. ДиКлементе [17, 23]. Значительный вклад внесли также У. Велисер и Дж. Росси [11].

Основа идеи заключалась в том, что процесс изменения представляет собой движение от стадии, для которой характерно непонимание или нежелание работать с проблемами и недостаточная активность (предразмышления), через стадию, которая связана с серьезными намерениями и принятием решений над проблемой (размышления), до стадии действия, сопряженной с усилением активности. Каждая стадия характеризуется специфичным для неё сочетанием установок, намерений и паттернов поведения, имеет свою длительность (варьирующую в зависимости от характера проблемы и индивидуальных особенностей пациента) и определённый набор задач, которые необходимо решить для успешного перехода к следующей стадии, причём данный набор задач является инвариантным [8, 12]. Последняя стадия успешных изменений представляет собой непрерывную деятельность, направленную на закрепление новых форм поведения и восприятия, – стадия сохранения и поддержки [11, 17, 22, 23].

В конце 1980-х годов в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) начали применять метод психофизической саморегуляции (ПСР), направленный на изменение отношения к стрессу и самопомощь в экстренных ситуациях [7]. Смысл психофизической саморегуляции заключается в управлении человеком своей психикой, психическими процессами, в сложных для него условиях посредством правильного настроения и активной регуляции произвольных и произвольных психофизиологических функций, с помощью специальных методик [2, 7].

Метод применялся с целью:

– реабилитации больных с зависимостями, пролеченных методом стрессопсихотерапии;

- улучшения психофизического и эмоционального состояния их родственников;
- лечения больных невротами и некоторыми соматоформными расстройствами;
- обучения управлению поведением, психическими реакциями и процессами в стрессовых ситуациях [7].

Однако комплексных исследований индивидуально-психологических характеристик лиц, обращающихся на занятия психофизической саморегуляцией в МИРВЧ, и их мотивации к этим занятиям до сих пор не проводилось. Поэтому в продолжение темы, посвященной изучению гендерно-социологических и анамнестических характеристик пациентов, обратившихся в МИРВЧ за психотерапевтической помощью в форме психофизической саморегуляции [4], в данной статье представим развернутую индивидуально-психологическую характеристику таких пациентов.

### **Материалы исследования**

Обследовали 74 пациента, обратившихся в МИРВЧ на занятия ПСР по методике Г.И. Григорьева [7] в октябре 2018 г. Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования. В общей сложности пациентам провели 4 занятия по формированию навыков ПСР в течение 4 дней. Занятия проводили ежедневно. Обследование респондентов проводили в день обращения в МИРВЧ на занятия ПСР.

Женщин было 75,7 %, их средний возраст составил ( $51,3 \pm 1,6$ ) года, мужчин – 24,3 %, средний возраст мужчин оказался ( $41,3 \pm 3,0$ ) года и был достоверно меньше возраста женщин ( $p < 0,05$ )

По анамнезу лечения в МИРВЧ пациентов разделили на 4 группы:

- 1-я ( $n = 12, 16,2$  %) – посещали занятия по ПСР после лечения зависимостей в МИРВЧ;
- 2-я группа ( $n = 38, 51,4$  %) – в МИРВЧ не лечились и не посещали занятия по ПСР;
- 3-я группа ( $n = 21, 28,4$  %) – в МИРВЧ не лечились, но посещали занятия по саморегуляции;
- 4-я группа ( $n = 3, 4,1$  %) – ранее лечились в МИРВЧ от зависимости, но занятия по ПСР не посещали. Из-за малой численности в расчет структурных индивидуально-психологических характеристик эта группа не включена.

Детальная медико-демографическая характеристика исследовательских групп приведена в предыдущей работе [4].

## Методы исследования

Психологический статус пациентов, в том числе их мотивация на решение проблем со здоровьем вследствие занятий психофизической регуляцией, изучался с использованием ряда психологических тестов.

Для оценки мотивации к лечению использовали «шкалу оценки изменений Университета Род-Айленд» URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale), созданную группой авторов (McConaughy, Prochaska, Veliser) в начале 80-х годов XX века [9].

Цель методики заключается в том, чтобы отнести пациента к тому или иному уровню мотивации в начале лечебного процесса или к той или иной стадии психотерапии в течение работы с ним [12].

Методика включает 32 утверждения, на которые испытуемый дает согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5 баллов) [9]. Ответы группируются в четыре субшкалы (компоненты), определяющие уровень готовности поведения по модели DiClemente С.С. [17]:

- компонент «предварительные размышления» о необходимости измениться;
- компонент «размышления» о необходимости изменения своего зависимого поведения;
- компонент «действия», отражающий предпринимаемые больным конкретные действия, связанные с изменением своего состояния;
- компонент «сопровождающие действия», то есть неоднократно предпринимаемые конкретные действия.

Данная методика позволяет оценить уровень готовности к лечению. Он рассчитывается по формуле J.O. Prochaska и С.С. DiClemente: складываются средние суммы баллов по шкалам «размышления», «действия» и «сопровождающие действия» и вычитается среднее значение суммы «предварительные размышления» [25]. Оценка готовности, полученная с помощью URICA до начала лечения, может быть использована для прогнозирования результатов [25].

При общей готовности менее 8 баллов уровень мотивации определяется как «негативная мотивация». Для этого уровня характерно превалирование компонента «предварительные размышления» [6]. Общая готовность от 8 до 11 баллов соответствует уровню мотивации «неустойчивая мотивация». Для этого уровня характерно превалирование компонента «размышления» [15]. Достаточная готовность, или уровень мотивации «позитивная мотивация», означает предпринимаемые больным конкретные действия,

связанные с изменением поведения, и определяется общей готовностью в 11–14 баллов. Превалирует при этой мотивации компонент «действие». Готовность более 14 баллов определяется как непрекращающиеся постоянные действия или усилия решения данной проблемы (уровень мотивации – очень высокий).

Уровень компонентов мотивации в баллах, получившихся при первичной обработке, в интересах сопоставления результатов переводится в Т-баллы [24]. Общим диапазоном тестовых показателей для всех 4 шкал являются значения от 40 до 60 Т-баллов. Показатели ниже 45 Т-баллов определяются как пониженные, 45–55 Т-баллов – как средние показатели и выше 55 Т-баллов – как повышенные показатели [26].

Нами использована «шкала оценки Университета Род-Айленд», которая представляет собой валидный, авторизованный (профессором В.М. Ялтонским) и адаптированный на русский язык вариант авторской методики, состоящей из 24 утверждений [15, 25].

Оценка психологического здоровья респондентов проводилась с использованием концепции салютогенеза (от лат. Salus – благополучие, здоровье), разработанной в начале 1970-х годов Аароном Антоновским по результатам обследования людей, выживших в концентрационных лагерях во время Второй мировой войны. В противовес преобладавшей в то время патогенетической парадигме, отвечавшей на вопрос о том, каким образом воздействие стрессоров приводит к нежелательным болезненным последствиям, А. Антоновский ([10, 16], цит. по [13]) предложил салютогенетическую парадигму исследований, в рамках которой внимание исследователя сосредоточено на случаях успешного преодоления людьми стрессогенных ситуаций, даже если эти случаи идут вразрез с общей тенденцией, и на поиске факторов, способствующих устойчивости к стрессам.

По мнению А. Антоновского [10, 16], даже сам по себе стресс не всегда является патогенным: при определенных условиях он может быть и салютогенным фактором, вызывая напряжение организма, способное провоцировать новые адаптивные реакции. В результате успешного преодоления стресса человек может приобрести позитивный опыт; таким образом, имеет смысл говорить скорее о вызовах, чем о стрессорах, конфликтах или проблемах [10, 16]. «Вопрос уже не в том, каким образом мы можем исключить тот или иной стрессор, но в том, как мы можем научиться жить, и жить хорошо, под действием стрессоров, и, возможно, даже обратить их существование себе на пользу». Последствия стресса – будут ли они нега-

тивными, нейтральными или позитивными – зависят не от характера самого стресса, а от индивидуальных способов реагирования на него.

Понятие салютогенетической ориентации, предложенное А. Антоновским, может быть применено как на уровне личности, так и на уровне социальной группы или общества в целом. По его мнению, фактором, укрепляющим здоровье, является чувство связности (sense of coherence).

В течение жизни индивидуальный уровень чувства связности может меняться. На него могут существенно влиять радикальные изменения условий жизни, которые продолжают длительное время, однако возможны и более слабые изменения в ту или иную сторону, в перспективе оказывающие влияние на здоровье. Подобные изменения могут происходить как под действием внешних факторов, так и в результате собственных действий индивида [10]. Следует отметить, что чувство связности во многом сходно с понятием жизнестойкости, введенным С. Кобэйса и С. Мадди [10], как с функциональной точки зрения, так и с точки зрения структуры.

Созданная А. Антоновским шкала чувства связности (sense of coherence (SOC)) состоит из 29 пунктов (16 прямых и 13 обратных) и определяет не только уровень чувства связности, но и оценивает три шкалы его составляющие: «постижимость (С)», «управляемость (МА)» и «осмысленность (МЕ)».

Автором априори заданы 29 пунктов, 11 из которых оценивали «постижимость», 10 – «управляемость» и 8 – «осмысленность». Существует несколько русскоязычных версий шкалы чувства связности. В нашем исследовании использовался вариант М.Н. Дымшица из 13 пунктов [10].

Осмысленность, по А. Антоновскому, несет ту же функцию, что вовлеченность и принятие риска, входящие в структуру жизнестойкости, однако механизмы регуляции могут быть различными: А. Антоновский подчеркивает роль эмоций, тогда как С. Мадди говорит преимущественно о когнитивных процессах.

Управляемость, по А. Антоновскому, сходна с входящим в жизнестойкость компонентом контроля, однако в первом случае убеждение касается результата («что бы ни случилось, я справлюсь»), а во втором — процесса («всегда лучше контролировать, чем опускать руки»).

Соображения упомянутых авторов относительно факторов, способствующих формированию жизнестойкости и чувства связности в онтогенезе, также во многом совпадают.

Отличает чувство связности от жизнестойкости в первую очередь компонент «постижимости» и связанный с ним фактор согласованности

жизненного опыта. С точки зрения С. Мадди [10], человек, склонный рассматривать новый опыт как понятный и предсказуемый с точки зрения старого, может чаще упускать новые возможности, что негативным образом скажется на его развитии.

Стрессоустойчивость оценивалась с помощью методики, предложенной Ю.В. Щербатых, – теста самооценки стрессочувствительности Ю.В. Щербатых [2, 13]. Фактически данный опросник оценивает уровень стрессочувствительности – показатель, обратный стрессоустойчивости. Следовательно, чем выше показатели данного теста, тем ниже стрессочувствительности человека.

Тест состоит из пяти шкал, каждая из которых содержит по 5 пунктов – конкретных вопросов. Ответы оцениваются по 10-балльной шкале, оценки в последующем суммируются. Первые четыре шкалы имеют следующие толкования:

- первая шкала определяет повышенную реакцию на обстоятельства, на которые мы не можем повлиять, – средние показатели от 15 до 30 баллов;
- вторая шкала характеризует склонность все излишне усложнять, что может приводить к стрессам, – средние показатели от 14 до 25 баллов;
- третья шкала характеризует предрасположенность к психосоматическим заболеваниям – средние показатели от 12 до 28 баллов;
- четвертая шкала характеризует деструктивные способы преодоления стрессов – средние показатели от 10 до 22 баллов;

Сумма этих четырех шкал опросника определяет базовый показатель (БП) стрессочувствительности. Значение этого показателя в пределах от 70 до 100 баллов можно считать удовлетворительным.

Пятая шкала показывает способность сопротивляться стрессам с помощью адекватного поведения или, другими словами, конструктивные способы преодоления стрессов, – средние показатели от 23 до 35 баллов.

Обобщенный показатель динамической чувствительности к стрессам определяется путем вычитания из базового показателя суммы результатов по 5-й шкале и к полученному результату добавляется значение показателя 6-й шкалы (с «+» или «-», в зависимости от выбора испытуемого). Если за последнее время стрессы беспокоят человека меньше, то результат будет с минусом и итоговый результат уменьшится, а если стрессы нарастают, то итоговый показатель стрессочувствительности возрастет. Средние результаты теста по итогам этой шкалы интерпретируются следующим образом: менее 35 баллов – человек к стрессам устойчив (маленькая динамическая

чувствительность к стрессам); от 35 до 85 баллов – показатель нормы; более 86 баллов – повышенная чувствительность к стрессу.

Для определения у респондента уровня депрессивных расстройств использованы возможности методики А.Т. Бека, включающей в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб. Каждый пункт опросника состоит из 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии. Общий уровень депрессии – SUMMA по всем вопросам [13].

Уровни депрессии оцениваются следующим образом:

- 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов;
- 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия);
- 16–19 – умеренная депрессия;
- 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести);
- 30–63 – тяжёлая депрессия.

Общий уровень депрессии SUMMA включает две субшкалы: 1) когнитивно-аффективная субшкала (C–A) – SUMMA с 1 по 13 вопрос; 2) субшкала соматических проявлений депрессии (S–P) – SUMMA с 14 по 21 вопрос.

Тревожность измеряли единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией – тестом Спилбергера–Ханина. Определение показателей ситуативной (реактивной) и личностной тревожности проводились с помощью специального ключа. Уровень тревожности оценивался на трех уровнях: до 30 баллов – низкий; от 30 до 45 баллов – умеренный; от 46 баллов и выше – высокий.

Математико-статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью модулей «Анализ данных» и «Мастер диаграмм» табличного редактора Excel, а также процедур модуля Basic Statistics / Tables (Базовые статистики и таблицы): описательная статистика, частотные таблицы, таблицы сопряженности и дисперсионный анализ пакета программ по статистической обработке данных Statistica for Windows [5, 14].

### **Результаты исследования**

Мотивация решать проблемы со здоровьем на занятиях психофизической саморегуляции определялась с помощью методики URICA, которая позволяет описать содержание уровня готовности или уровня мотивации

[15, 24] с ее компонентами. Используемая методика URICA [24], позволила выделить 3 уровня мотивации на занятия ПСР: уровень негативной мотивации на лечение (уровень готовности в среднем  $7,3 \pm 0,2$  балла); уровень неустойчивой мотивации на лечение (уровень готовности в среднем  $9,6 \pm 0,1$  балла) и уровень позитивной мотивации на лечение (уровень готовности в среднем  $11,7 \pm 0,2$  балла) [9, 15].

Результаты исследования содержания поведения пациентов при разных уровнях мотивации к работе на занятиях ПСР, представленные на рисунке 1, демонстрируют статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение показателя «предварительных размышлений» и статистически значимый ( $p < 0,05$ ) рост показателей «размышления» и «действия» при переходе от негативного к позитивному уровню мотивации.

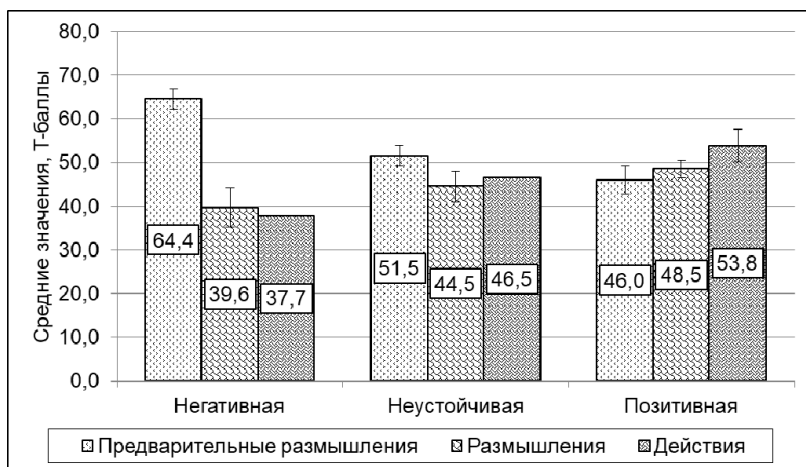


Рис. 1. Выраженность компонентов мотивации при трех уровнях мотивации на занятия

У респондентов с уровнем негативной мотивации на занятия саморегуляцией в поведении доминировал компонент «предварительные размышления» – ( $64,4 \pm 1,6$ ) Т-балла, при меньшей выраженности компонент «размышления» – ( $39,6 \pm 2,5$ ) Т-балла и «действия» – ( $37,7 \pm 1,0$ ) Т-балла.

У респондентов с уровнем неустойчивой мотивации на занятия саморегуляцией в поведении значительно увеличилось значение компонентов «размышления» – от ( $39,6 \pm 2,5$ ) до ( $44,5 \pm 1,9$ ) Т-балла и «действия» – от ( $37,7 \pm 1,0$ ) до ( $46,5 \pm 0,8$ ) Т-балла. Компонент «предварительные раз-



мышления», хотя и уменьшился от  $(69,1 \pm 1,6)$  до  $(51,5 \pm 1,3)$  Т-балла, остался доминирующим.

У больных с уровнем позитивной мотивации на лечение в поведении доминировал компонент «действия» –  $(53,8 \pm 1,1)$  Т-баллов, а компоненты «размышления» и «предварительные размышления» выражены меньше –  $(48,5 \pm 2,3)$  и  $(46,0 \pm 1,3)$  Т-балла соответственно.

У больных с уровнем негативной мотивации при доминировании компонента «предварительных размышлений» характерно непонимание или неполное понимание характера своих проблем или вовсе непризнание у себя проблем, которыми следовало бы заниматься [6, 12, 15].

Для «размышления» характерно то, что пациент признает наличие проблемы и всерьез интересуется, возможно ли разрешить ее, поможет ли психотерапия, но готовность действовать выражена недостаточно. Другой важный аспект «размышления» – взвешивание «за» и «против» между проблемой и ее решением. Пациенты часто раздумывают, стоит ли избавление от проблемы усилий и энергетических и временных затрат, необходимых для борьбы с ней. Цель компонента «размышления» – сбор информации о возможных вариантах решения проблемы и разработка детального плана действий [6, 12, 15].

При позитивной мотивации, когда доминирует компонент «действия», пациент активно изменяет свое поведение, поступки и окружение с целью преодоления проблемы, что предполагает наиболее явные, открытые поведенческие изменения и требует значительных затрат времени и энергии. Характерная черта компонента «действия» – модификация привычного образа восприятия и поведения и применение значительных усилий для изменения. Характерны выражения: «иногда моя проблема трудная, но я работаю над ней», «каждый может говорить, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого» [6, 12, 15, 22].

Уровни мотивации, присущие каждой исследовательской группе, представлены на рисунках 2 и 3. Средний уровень готовности пациентов 2-й группы (рис. 2) статистически значимо ниже, чем в 1-й группе ( $p = 0,04$ ), и ниже, чем в 3-й группе ( $p = 0,08$ ).

На рисунке 3 демонстрируются средние значения компонента «действия» в исследовательских группах. Из рисунка следует, что респонденты 2-й группы, которые никогда не посещали ПСР, работать сейчас в ПСР не собираются (шкала действия –  $(43,9 \pm 1,3)$  Т-балла). Они находятся на стадии «предварительных размышлений» ( $(58,2 \pm 1,5)$  Т-балла) и сомневают-

ся, помогут ли занятия психофизической саморегуляцией решить их проблемы со здоровьем.

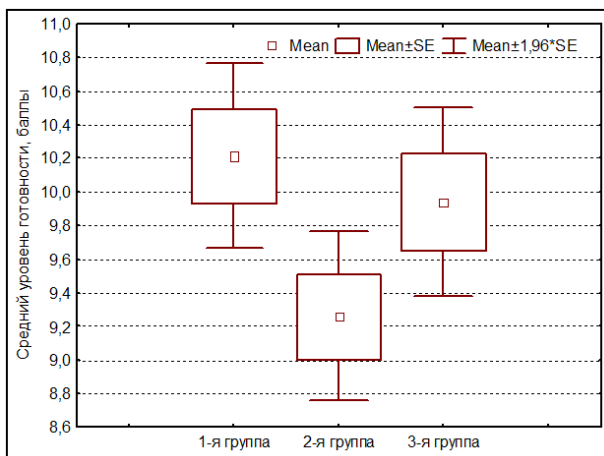


Рис. 2. Выраженность «уровня готовности лечиться» в исследовательских группах

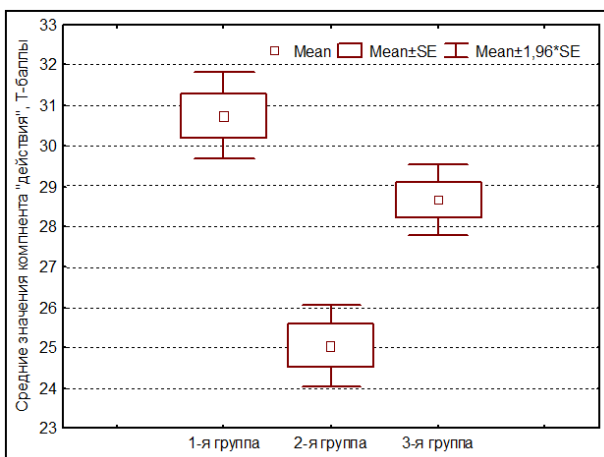


Рис. 3. Средние значения Т-баллов с 95-процентно доверительными интервалами показателя стадии мотивации «действие» в исследовательских группах

Самое высокое желание работать и таким образом помочь себе в решении своих проблем со здоровьем отмечается у лиц 1-й группы, которую

составили пациенты, многократно посетившие ПСР раньше и пролечившиеся от разных зависимостей в МИРВЧ. Шкала «действия» у них составляет  $(57,5 \pm 1,4)$  Т-балла и являет собой самый высокий показатель среди шкал теста URICA, составляющих мотивацию заниматься своими проблемами.

Оценку психологического здоровья респондентов провели при помощи опросника «чувства связности» А. Антоновского (SOC-29) [16]. Уровень «чувства связности» оценивался при помощи четырех шкал: «постижимости», «управляемости» и «осмысленности», а также их суммы – «чувство связности» («sense of coherence (SOC)»), или понимание жизненных взаимосвязей (рис. 4). Суммарный уровень «чувства связности» у лиц, обратившихся на ПСР, составил  $57,3 \pm 1,3$  % от нуля. Он определен как средний по сравнению с контрольными группами обследованных взрослых жителей Литвы разного возраста и специальностей –  $57,7 \pm 1,2$  % от нуля [18, 19, 21]. Компоненты чувства связности по исследовательской группе в целом составили: «постижимость» –  $19,5 \pm 0,5$  балла, «управляемость» –  $18,8 \pm 0,4$  балла и «осмысленность» –  $19,4 \pm 0,4$  балла. Соответственно у контрольной группы: «постижимость» –  $22,4 \pm 0,4$  балла, «управляемость» –  $18,1 \pm 0,6$  балла и «осмысленность» –  $17,3 \pm 0,6$  балла.

Значения изучаемых шкал в исследовательских группах статистически значимых различий не продемонстрировали ( $p > 0,05$ ).

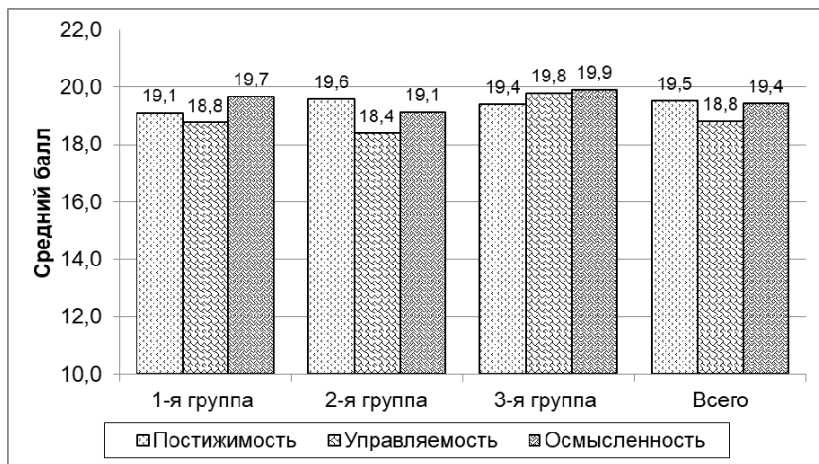


Рис. 4. Характеристика «чувство связности» в исследовательских группах по данным теста А. Антоновского

По значениям показателя SOC (% от нуля) [10] респонденты разделены на три группы (рис. 5):

– с повышенным показателем SOC (61–80 % от нуля) или высоким уровнем «чувство связности» – 27 (36,5 %) респондентов (среднее значение SOC составило  $69,2 \pm 0,9$  % от нуля);

– со средним показателем SOC (41–60 % от нуля) или со средним уровнем «чувства связности» – 42 (56,8 %) респондентов (среднее значение показателя –  $52,4 \pm 0,7$  % от нуля);

– с низким показателем «чувство связности» SOC (21–40 % от нуля) – 5 (6,7 %) респондентов (среднее значение показателя –  $34,8 \pm 1,4$  % от нуля).

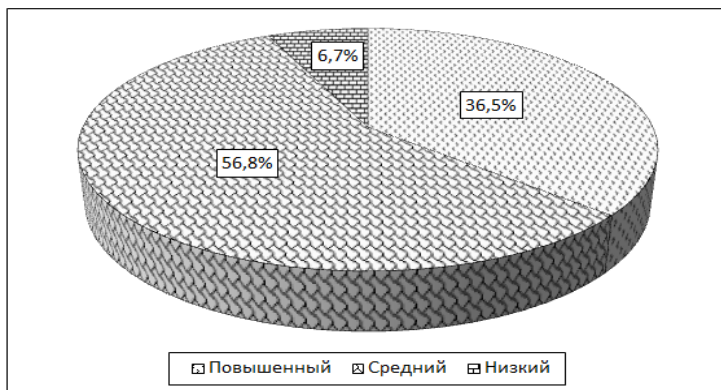


Рис. 5. Распределение пациентов, посетивших занятия по ПСР, в зависимости от уровня связности

На рисунке 6 демонстрируются средние значения показателя «чувство связности» у пациентов с различными уровнями мотивации, которые показывают, что между суммарной шкалой «чувство связности» и уровнем мотивации на лечение по тесту URICA существует слабая положительная статистически значимая на уровне 90 % связь ( $r = 0,19$ ;  $p = 0,10$ ). По мнению А. Антоновского, люди с высоким чувством связности более мотивированы к тому, чтобы избегать ситуаций или видов деятельности, угрожающих их здоровью, и активно включаться в виды деятельности, способствующие поддержанию здоровья [16, 20].

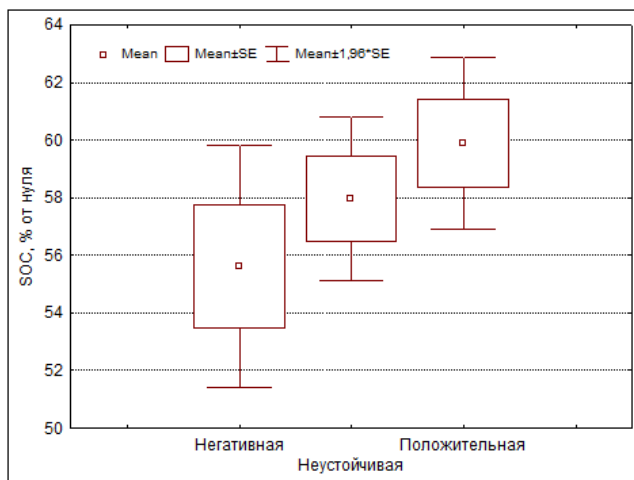


Рис. 6. Средние значения SOC (% от нуля) с 95-процентно доверительными интервалами при разных уровнях мотивации на ПСР

Также положительная, близкая к умеренной ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,014$ ), связь отмечается между шкалой «осмысленность» по А. Антоновскому и шкалой «действия» теста URICA.

Стрессоустойчивость оценивалась по тесту самооценки стрессочувствительности Щербатых Ю.В. Данный опросник позволяет оценить уровень стрессочувствительности, который является показателем, обратным стрессоустойчивости. Следовательно, чем выше базовый показатель данного теста, тем ниже стрессоустойчивость человека [13].

В таблице 1 представлены средние значения «базового показателя стрессочувствительности» и всех шкал теста, рассчитанных для исследовательских групп.

Из табл. 1 видно, что в целом по исследовательской группе средняя оценка базового показателя и всех шкал, кроме шкалы «склонность все излишне усложнять» (показатель которой на грани нормы –  $25,1 \pm 1,1$  балла), находятся на удовлетворительном уровне, в том числе и 6-й шкалы («стрессогенность за последние 3 года» не превышает 10 баллов).

Самый высокий уровень «базового показателя стрессочувствительности» – во 2-й группе ( $87,7 \pm 5,3$ ) – показывает, что у респондентов этой группы самая низкая стрессоустойчивость.

Таблица 1

Средние значения шкал стрессочувствительности по тесту Щербатых Ю.В.  
в исследовательских группах, в баллах

Показатели (балл)	Группа			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Базовый показатель уровня стрессочувствительности	79,9 ± 6,3	87,7 ± 5,3	81,8 ± 5,6	84,0 ± 3,3
Динамическая чувствительность к стрессам	41,3 ± 7,8	70,0 ± 8,8	55,0 ± 8,9	60,9 ± 5,4
Шкала 1. Повышенная реакция на обстоятельства	18,9 ± 2,0	20,8 ± 1,6	17,8 ± 1,9	19,5 ± 1,0
Шкала 2. Склонность все излишне усложнять	22,2 ± 1,9	26,3 ± 1,7	25,8 ± 1,8	25,1 ± 1,1
Шкала 3. Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям	20,9 ± 3,1	25,4 ± 1,9	23,1 ± 2,3	23,1 ± 1,3
Шкала 4. Деструктивные способы преодоления стресса	17,9 ± 2,0	15,2 ± 1,6	15,1 ± 1,6	16,0 ± 0,9
Шкала 5. Конструктивные способы преодоления стресса	34,4 ± 2,7	28,3 ± 1,7	30,6 ± 1,9	29,9 ± 1,1
Шкала 6. Стрессогенность за последние 3 года	-4,2 ± 5,8	10,5 ± 4,6	3,8 ± 6,6	6,8 ± 3,3

«Динамическая чувствительность к стрессам» во всех исследовательских группах также находится в пределах нормы. Показатель во 2-й группе оказался на максимальном уровне –  $70,0 \pm 8,8$  баллов, в 1-й – на минимальном –  $41,3 \pm 7,8$  балла.

Достаточно высокая «динамическая чувствительность к стрессам» у респондентов 2-й группы связана, видимо, с высоким показателем 6-й шкалы: «стрессогенность за последние 3 года». Она составляет у респондентов этой группы  $10,5 \pm 4,6$  балла. В этой группе показатель «конструктивные способы преодоления стресса» находится не на высоком уровне –  $28,3 \pm 1,7$  балла. Следовательно, ДЧ к стрессам имеет достаточно высокий уровень. Однако показатель по 1-й шкале «повышенная реакция на обстоятельства, на которые не можем повлиять» во 2-й группе составляет  $20,8 \pm 1,6$  балла, что является нормой и отличается от средних значений этого показателя в других исследовательских группах лишь в рамках статистической погрешности.

Во 2-й и 3-й группах отмечаются статистически не значимые ( $p > 0,05$ ) превышения от нормы показателя по 2-й шкале «склонность все излишне усложнять»:  $26,3 \pm 1,7$  и  $25,8 \pm 1,8$  баллов соответственно (норма до 25 баллов).

«Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям» не превышает нормы во всех группах, однако во второй группе она находится на верхнем уровне –  $25,4 \pm 1,9$  балла.

Шкала «Конструктивные способы преодоления стресса» показывает самый высокий результат у лиц 1-й группы ( $34,4 \pm 2,7$  балла). Эту группу составляют респонденты со средним периодом трезвости  $12,3 \pm 1,9$  года и числом посещения ПСР в прошлом до  $19,9 \pm 4,5$  раза.

Уровень шкалы «стрессогенность за последние 3 года» показывает, что у больных 1-й группы она незначительная, отрицательная и составляет только  $4,2 \pm 5,8$  балла, а у 3-й группы, где респонденты еще совсем недавно употребляли алкоголь [4] (стаж трезвости в среднем менее года), составляет  $23,3 \pm 13,3$  балла.

На рис. 7 и 8 демонстрируется развернутая характеристика уровней шкал 5-й и 6-й по тесту Щербатых, как в целом, так и в исследовательских группах.

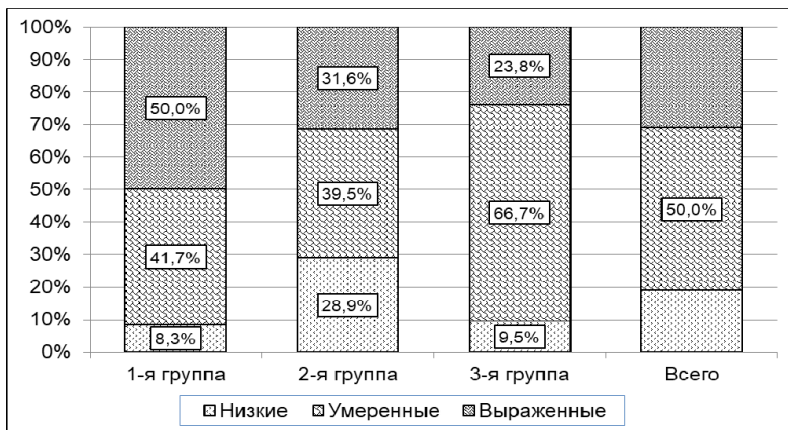


Рис. 7. Развернутая характеристика групп по 5-й шкале – «конструктивные способы преодоления стресса»

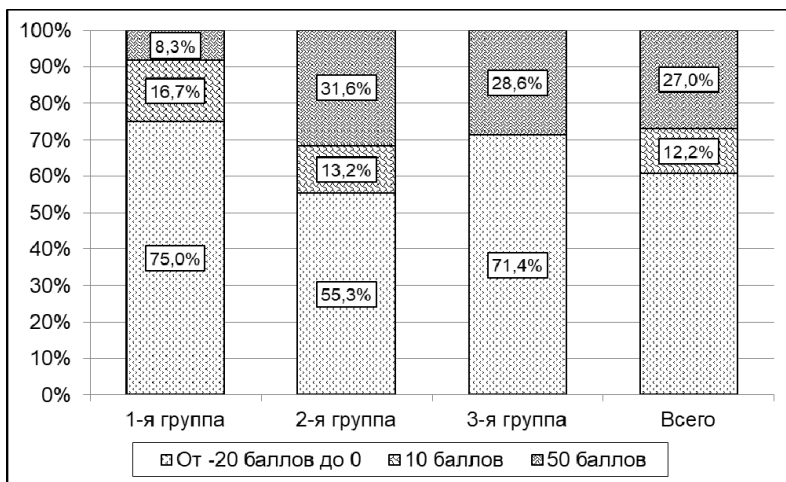


Рис. 8. Развернутая характеристика групп по 6-й шкале – «стрессогенность за последние три года»

Из рисунков следует, что 28,9 % респондентов 2-й группы демонстрируют «конструктивные способы преодоления стрессов» на очень низком уровне (до 10 баллов) по сравнению с 1-й и 2-й группами, где таких респондентов только 8,33 % и 9,52 % соответственно. Высокая «стрессогенность за последние 3 года» (50 баллов) отмечается у 31,6 % респондентов 2-й группы, что является высоким показателем по сравнению с 1-й группой. В первой группе значение 6-й шкалы показывает высокий уровень только у 8,3 % обследованных.

Таким образом, у респондентов 2-й группы создаются все условия для высокого уровня показателя «динамическая чувствительность к стрессам». Это отрицательно влияет на их психическую защиту, и создаются условия для развития психосоматических заболеваний: показатель шкалы «предрасположенность к психосоматическим заболеваниям» у них самый высокий и составляет  $25,4 \pm 1,9$  балла (норма 12–28 баллов).

Оценка корреляционных связей между шкалами теста А. Антоновского и шкалами теста Щербатых представлена в таблице 2.



Таблица 2

Характеристика связи между шкалами двух тестов: чувства связности по А. Антоновскому и стрессочувствительности по Щербатых, r Пирсона

Шкалы теста А. Антоновского	Базовый показатель стрессочувствительности	Динамическая чувствительность к стрессам	Шкалы теста Щербатых					
			1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я
Постижимость	-0,32	-0,22	-0,14	-0,34	-0,40	-0,04	0,07	-0,02
	p=,005	p=,055	p=,22	p=,001	p=,000	p=,721	p=,539	p=,893
Управляемость	-0,34	-0,31	-0,31	-0,21	-0,29	-0,23	0,09	-0,13
	p=,003	p=,007	p=,007	p=,068	p=,012	p=,051	p=,444	p=,254
Осмысленность	-0,38	-0,37	-0,277	-0,37	-0,28	-0,28	0,42	-0,08
	p=,001	p=,001	p=,019	p=,002	p=,017	p=,017	p=,000	p=,519
Чувство связности	-0,48	-0,41	-0,33	-0,42	-0,45	-0,25	0,26	-0,11
	p=,000	p=,000	p=,004	p=,000	p=,000	p=,035	p=,025	p=,384

Изучая связь показателей шкалы «чувство связности» по тесту А. Антоновского со стрессочувствительностью, определенной с помощью теста Щербатых (табл. 2, рис. 9) установили, что между компонентами шкалы SOC («постижимость», «управляемость», «осмысленность» и их суммы «чувство связности») и обобщающими показателями теста стрессочувствительности («базовый показатель стрессочувствительности») и шкалы «динамическая чувствительность к стрессам» существует обратная, преимущественно умеренная ( $r$  Пирсона в пределах от -0,32 до -0,42) статистически значимая ( $p < 0,01$ ) связь. Также установлена обратная, преимущественно слабая ( $r < |0,3|$ ), но статистически значимая ( $p < 0,05$ ) связь между шкалами «управляемость» и «осмысленность», с одной стороны, и шкалами «повышенная реакция на обстоятельства, на которые не можем повлиять» и «деструктивные способы преодоления стрессов», с другой стороны (табл. 2, рис. 10). В то же время, между шкалой «осмысленность» и шкалой «конструктивные способы преодоления стрессов» существует прямая средней степени выраженности ( $r = 0,42$ ) статистически значимая ( $p < 0,001$ ) связь.

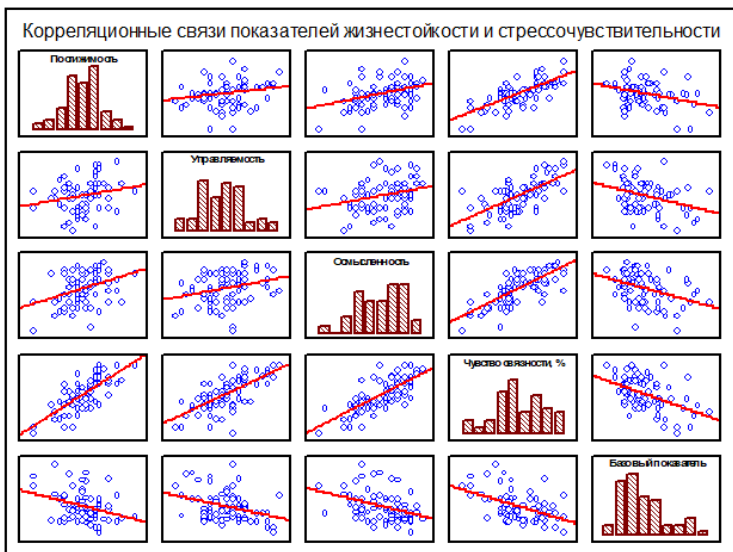


Рис 9. Корреляционные связи шкалы теста А. Антоновского «чувство связи» и шкалы теста Щербатых «базовый показатель стрессочувствительности»

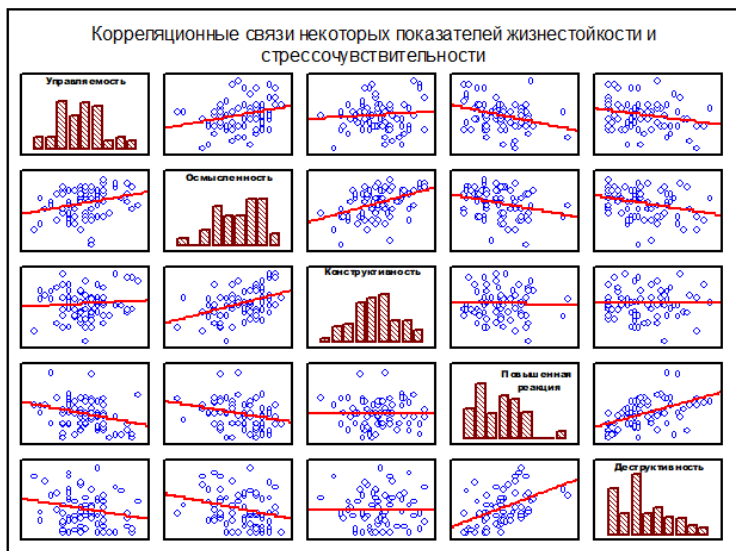


Рис 10. Корреляционные связи шкал «управляемость» и «осмысленность» теста А. Антоновского и шкал 1, 4 и 5 по тесту Щербатых

Из данных табл. 3 следует, что шкала 5 «конструктивные способы преодоления стрессов» демонстрирует положительную слабую ( $r$  Пирсона в пределах от 0,24 до 0,28) статистически значимую ( $p < 0,05$ ) связь с уровнем мотивации на лечение и шкалой «действия» теста URICA. Также 5-я шкала умеренно обратно ( $r = -0,33$ ) статистически значимо ( $p = ,004$ ) связана со шкалой теста URICA «предразмышления». То есть пациент, употребляющий алкоголь или другие психотропные препараты, находится на уровне внутренних сомнений, и его желание что-то предпринимать для изменения своего состояния слабое.

Шкала теста URICA «действия» отрицательно умеренно ( $r = -0,32$ ) статистически значимо ( $p = ,005$ ) связана со шкалой 4 теста Щербатых «деструктивные способы преодоления стресса», и это подтверждает тот факт, что употребление алкоголя или других деструктивных препаратов мешает принимать решение работать над проблемами со здоровьем.

Таблица 3

Оценка уровней связи между шкалами тестов URICA и стрессочувствительности по Щербатых,  $r$  Пирсона

Шкалы теста URICA	Шкалы теста Щербатых				
	Базовый показатель	Динамика чувствительности	3-я	4-я	5-я
Предварительные размышления					-0,33
					$p = ,004$
Размышления	0,19		0,21		
	$p = ,107$		$p = ,078$		
Действия				-0,32	0,28
				$p = ,005$	$p = ,016$
Уровень мотивации	-0,20	-0,20			0,24
	$p = ,092$	$p = ,091$			$p = ,043$

Уровень мотивации также отрицательно коррелирует с уровнем «базового показателя» стрессочувствительности и уровнем показателя «динамической чувствительности» к стрессам. Но связь слабая и на уровне значимости 90 % ( $r = -0,20$  и  $-0,20$ ;  $p = 0,092$  и  $0,091$ ). А вот шкала «размышления» положительно и слабо ( $r = -0,19$  и  $-0,21$ ;  $p = 0,107$  и  $0,078$ ) на уровне 90 % связана с «базовым показателем» стрессочувствительности и 3-й шкалой «предрасположенность к психосоматическим заболеваниям». То есть на занятиях психофизической саморегуляцией, повышая сопротив-

ляемость к стрессам, можно добиться повышения показателей шкалы размышления, что повысит уровень мотивации к дальнейшей работе над собой. Высокий уровень шкалы «предрасположенность к психосоматическим заболеваниям» заставляет пациентов через повышения шкалы «размышления» обращаться к психотерапевту для решения проблем со здоровьем.

Уровень депрессивных расстройств у респондентов определяли с помощью методики А.Т. Бека. Уровень расстройств, рассчитанный по шкалам депрессии, демонстрируется в таблице 4 и на рисунке 11. Из табл. 4 следует, что респондентам присущ средний уровень показателя депрессии – умеренная депрессия. Самый высокий уровень общей депрессии у респондентов 2-й группы ( $17,4 \pm 1,4$  баллов). Также у них самый высокий уровень когнитивной компоненты депрессии ( $10,9 \pm 0,9$ ). Среди них уровень выраженной и тяжелой депрессии отмечается у 55,2 % лиц. Самые низкие уровни общей депрессии и ее компонентов отмечены у респондентов 1-й группы (таб. 4).

Таблица 4

Уровень депрессии по тесту А. Бека в исследовательских группах, в баллах

Показатели депрессии	Исследовательские группы			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Когнитивный компонент	$8,9 \pm 1,3$	$10,9 \pm 0,9$	$10,6 \pm 0,8$	$10,4 \pm 0,6$
Соматический компонент	$5,5 \pm 1,1$	$6,5 \pm 0,6$	$5,9 \pm 0,6$	$6,1 \pm 0,4$
Общий уровень депрессии	$14,4 \pm 2,2$	$17,4 \pm 1,4$	$16,4 \pm 1,1$	$16,5 \pm 0,9$

Из рисунка 11 следует, что из числа пациентов первой группы у 33,3 % симптоматика депрессии отсутствовала. Доля таких пациентов в других группах меньше в два с небольшим раза. Признаки тяжелой депрессии наблюдались только среди пациентов 2-й группы, доля которых составила 10,5 %.



Рис. 11. Распределение пациентов в группах в зависимости от выраженности уровня депрессии по тесту А. Бека

Данные таблицы 5 показывают, что все шкалы теста А. Антоновского, кроме шкалы «управляемость», отрицательно, достаточно сильно (от  $r = -0,36$  до  $r = -0,56$ ) и статистически значимо ( $p < 0,01$ ) связаны со шкалами теста А. Бека. Шкала «управляемость» показывает слабую отрицательную (от  $r = -0,21$  до  $r = 0,25$ ) корреляционную связь со шкалами депрессии (от  $p < 0,07$  до  $p < 0,035$ ).

Таблица 5  
Оценка корреляционной связи между шкалами теста А. Антоновского и теста депрессии А. Бека

Тест А. Антоновского	Тест А. Бека		
	суммарный балл	когнитивный компонент	соматический компонент
Постижимость	-0,43	-0,40	-0,36
	$p = ,000$	$p = ,000$	$p = ,002$
Управляемость	-0,25	-0,21	-0,23
	$p = ,035$	$p = ,072$	$p = ,046$
Осмысленность	-0,55	-0,53	-0,45
	$p = ,000$	$p = ,000$	$p = ,000$
SOC % от нуля	-0,56	-0,52	-0,48
	$p = ,000$	$p = ,000$	$p = ,000$

В таблице 6 представлены показатели корреляционных связей между компонентами теста URICA – шкала «действия» и «уровень мотивации» – и шкалами теста А. Бека, определяющими уровни депрессии. Коэффициенты корреляции показывают обратную, преимущественно слабую ( $r < |0,3|$ ), но статистически значимую ( $p < 0,05$ ) связь между шкалами «соматический компонент депрессии», с одной стороны, и шкалами «действия» и «уровень мотивации», с другой стороны. Между шкалами «уровень депрессии» и «уровень мотивации» отмечена слабая ( $r < |0,3|$ ) и статистически не значимая ( $p = 0,11$ ) корреляционная связь.

Таблица 6

Оценка уровней связи между шкалами теста URICA  
и шкалы депрессии по тесту А.Бека

Шкалы по тесту А.Бека	Шкалы теста URICA	
	Уровень мотивации	Шкала «действия»
Уровень депрессии	-0,19	-0,21
	$p = ,106$	$p = ,075$
Когнитивный компонент депрессии	-0,10	-0,12
	$p = ,374$	$p = ,303$
Соматический компонент депрессии	-0,26	-0,27
	$p = ,026$	$p = ,018$

Тревожность оценивали по известной методике Спилбергера–Ханина. Из данных, представленных в табл. 7, следует, что показатель «личностной тревожности» в среднем у всех пациентов высокий (выше 46 баллов) и не демонстрирует статистически значимых различий между группами. «Реактивная тревожность» у всех представителей групп на умеренном уровне (от  $37,9 \pm 1,3$  до  $42,0 \pm 3,2$  баллов).

Таблица 7

Тревожность у пациентов исследовательских групп, балл

Показатели тревожности по Спилбергеру-Ханину	Исследовательские группы			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Реактивная тревожность	$37,9 \pm 1,3$	$36,5 \pm 1,0$	$40,0 \pm 1,4$	$37,9 \pm 0,7$
Личностная тревожность	$47,3 \pm 2,6$	$51,3 \pm 1,4$	$52,1 \pm 2,4$	$50,8 \pm 1,1$

Оценка уровней связи между шкалами тревожности по Спилбергеру–Ханину и шкалами теста А. Антоновского, представленная в таблице 8, показывает, что между всеми шкалами теста А. Антоновского установлена положительная преимущественно слабая ( $r < 0,3$ ), но статистически значимая ( $p < 0,05$ ) связь со шкалой «реактивная тревожность». Между шкалой «личностная тревожность» и шкалами «управляемость» и «чувство связности» также отмечается отрицательная преимущественно слабая ( $r < |0,3|$ ), но статистически значимая ( $p < 0,05$ ) корреляционная связь.

Таблица 8

Уровни связей между шкалами тревожности и чувства связности

Шкалы теста А. Антоновского	Шкалы теста Спилбергера–Ханина	
	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
Постижимость	0,23	-0,13
	$p = ,051$	$p = ,285$
Управляемость	0,25	-0,23
	$p = ,033$	$p = ,050$
Осмысленность	0,26	-0,17
	$p = ,027$	$p = ,142$
Чувство связности, в % от нуля	0,34	-0,24
	$p = ,003$	$p = ,038$

В завершение приведем краткую характеристику пациентов 4-й группы. Их возраст – 26, 39 и 59 лет, все с высшим образованием, один холост, двое женаты – живут в семьях, двое из них детей не имели, один отменил, что имеет двоих детей. Один приехал на лечение в МИРВЧ из Хабаровска, двое живут в Санкт-Петербурге. Один лечился в МИРВЧ от алкоголизма, никотинизма и наркомании, двое – только от алкоголизма несколько месяцев назад. Все находились в ремиссии. Занятия по ПСР никогда не посещали. Индивидуально-психологические характеристики по тесту URICA: один пациент имел высокий уровень мотивации и двое – средний уровень. Уровень готовности меняться рассчитан по формуле J.O. Prochaska и С.С. DiClemente, составил  $10,1 \pm 0,7$  балла. В этой группе преобладал терапевтический компонент «предварительные размышления» ( $53,3 \pm 3,3$  Т-баллов) в большей мере, чем компоненты «размышления» и «действия» ( $51,7 \pm 6,0$  и  $46,7 \pm 1,7$  Т-баллов соответственно). Суммарный уровень «чувства связности SOC» у лиц этой группы составил  $57,3 \pm 6,2$  % от нуля.

Компоненты чувства связности составили: «постижимость»  $21,3 \pm 2,2$  балла, «управляемость»  $17,7 \pm 0,9$  балла и «осмысленность»  $18,7 \pm 2,7$  балла.

«Базовый показатель» уровня стрессочувствительности средний ( $69,0 \pm 6,0$  балла); «динамическая чувствительность к стрессам» средняя ( $65,7 \pm 8,7$  балла); «повышенная реакция на обстоятельства, на которые не можем повлиять» средняя ( $16,7 \pm 3,8$  балла); «склонность все излишне усложнять» средняя ( $17,3 \pm 4,5$  балла); «предрасположенность к психосоматическим заболеваниям» на низшем уровне ( $12,0 \pm 2,6$  балла), а высокие значения шкалы «деструктивные способы преодоления стресса» ( $23,0 \pm 3,2$  балла при норме до 22 баллов) показывают, что респонденты этой группы еще совсем недавно гасили стресс при помощи алкоголя. Несмотря на то что «конструктивные способы преодоления стресса» ( $26,7 \pm 1,5$  балла) на уровне нормы, «стрессогенность за последние 3 года» из-за длительного употребления алкоголя очень высока –  $23,3 \pm 13,3$  балла. Эти пациенты несколько месяцев назад пролечились от алкоголизма в МИРВЧ и на ПСР пришли впервые. По тесту Бека низкий уровень депрессии установлен у одного пациента, у двоих – средний уровень. Показатель «личностной тревожности» у пациентов этой группы высокий ( $48,7 \pm 3,5$ ), «реактивная тревожность» на умеренном уровне ( $42,0 \pm 3,2$  балла).

### **Заключение**

Результатом исследования стало определение психологического профиля пациентов, обратившихся в МИРВЧ за помощью в форме занятий по психофизиологической саморегуляции. Обследовано 74 человека, имеющих различный опыт обращения в МИРВЧ.

Психологический профиль респондента включил оценки по пяти составляющим. Мотивация к посещениям занятий по ПСР представлена по результатам тестирования с помощью «Опросника для исследования стадий психотерапии» URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale). Жизнестойкость оценивалась по оригинальному инструменту измерения «чувства связности» А. Антоновского. Стрессоустойчивость определялась с помощью теста самооценки стрессочувствительности Щербатых Ю.В. Возможности методики А.Т. Бека привлечены для определения уровня депрессивных расстройств. Тревожность измеряли тестом Спилбергера–Ханина.

По данным методики URICA выделено 3 уровня мотивации на занятия ПСР: уровень негативной мотивации на лечение (уровень готовности в среднем  $7,3 \pm 0,2$  балла); уровень неустойчивой мотивации на лечение



(уровень готовности в среднем  $9,6 \pm 0,1$  балла) и уровень позитивной мотивации на лечение (уровень готовности в среднем  $11,7 \pm 0,2$  балла). Результаты исследования содержания поведения пациентов при разных уровнях мотивации к работе на занятиях ПСР демонстрируют статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение показателя «предварительных размышлений» и статистически значимый ( $p < 0,05$ ) рост показателей «размышления» и «действия» при переходе от негативного к позитивному уровню мотивации.

Средний «уровень готовности» пациентов 2-й группы статистически значимо ниже, чем в 1-й группе ( $p = 0,04$ ), и ниже, чем в 3-й группе ( $p = 0,08$ ). У респондентов 2-й группы среднее значение шкалы «действия» составило ( $43,9 \pm 1,3$ ) Т-балла. Они находятся на стадии «предварительных размышлений» ( $58,2 \pm 1,5$ ) Т-балла и сомневаются, помогут ли занятия психофизической саморегуляцией решить их проблемы со здоровьем. Самое высокое желание работать и таким образом помочь себе в решении своих проблем со здоровьем отмечается у лиц 1-й группы, которую составили пациенты, многократно посетившие ПСР раньше и пролечившиеся от разных зависимостей в МИРВЧ. Шкала «действия» у них составляет ( $57,5 \pm 1,4$ ) Т-баллов и являет собой самый высокий показатель среди шкал теста URICA, составляющих мотивацию заниматься своими проблемами.

Уровень «чувства связности» («sense of coherence» (SOC)), или понимание жизненных взаимосвязей, оценивался при помощи четырех шкал: «постижимости», «управляемости» и «осмысленности», а также их суммы. Суммарный уровень «чувства связности» у лиц, обратившихся на ПСР, составил  $57,3 \pm 1,3$  в % от нуля и определен как средний по сравнению с контрольными группами. Компоненты чувства связности по исследовательской группе в целом составили: «постижимость» –  $19,5 \pm 0,5$  балла, «управляемость» –  $18,8 \pm 0,4$  балла и «осмысленность» –  $19,4 \pm 0,4$  балла. Значения изучаемых шкал в исследовательских группах статистически значимых различий не продемонстрировали ( $p > 0,05$ ).

Результаты обследования по тесту самооценки стрессочувствительности Щербатых Ю.В. показали, что в целом по исследовательской группе средняя оценка базового показателя и всех шкал, кроме шкалы «склонность все излишне усложнять», находятся на удовлетворительном уровне.

Результаты оценки уровня депрессивных расстройств, выявленные с помощью методики А.Т. Бека, показали, что респондентам присущ средний уровень показателя депрессии – умеренная депрессия. Самый высокий уровень общей депрессии у респондентов 2-й группы ( $17,4 \pm 1,4$  баллов).

Также у них самый высокий уровень когнитивной компоненты депрессии ( $10,9 \pm 0,9$ ). Среди них уровень выраженной и тяжелой депрессии отмечается у 55,2 % лиц. Самые низкие уровни общей депрессии и ее компонентов отмечены у респондентов 1-й группы. У 33,3 % из их числа симптоматика депрессии отсутствовала. Признаки тяжелой депрессии наблюдались только среди пациентов 2-й группы, доля которых составила 10,5 %.

Показатель «личностной тревожности» Спилбергера–Ханина в среднем у всех пациентов высокий (выше 46 баллов) и не демонстрирует статистически значимых различий между группами. «Реактивная тревожность» у всех представителей групп на умеренном уровне (от  $37,9 \pm 1,3$  до  $42,0 \pm 3,2$  балла).

Изучена связь между шкалами теста А. Антоновского и теста Щербатых, показавшая, что между компонентами шкалы SOC («постижимость», «управляемость», «осмысленность» и их суммы – «чувство связности») и обобщающими показателями теста стрессочувствительности «базовый показатель стрессочувствительности» и шкалой «динамическая чувствительность к стрессам» существует обратная преимущественно умеренная ( $r$  Пирсона в пределах от  $-0,32$  до  $-0,42$ ) статистически значимая ( $p < 0,01$ ) связь, а также между шкалой «осмысленность» и шкалой «конструктивные способы преодоления стрессов» – прямая средней степени выраженности ( $r = 0,42$ ) статистически значимая ( $p < 0,001$ ) связь. Все шкалы теста А. Антоновского, кроме шкалы «управляемость», отрицательно достаточно сильно (от  $r = -0,36$  до  $r = -0,56$ ) и статистически значимо ( $p < 0,01$ ) связаны со шкалами теста депрессии А. Бека. Все шкалы теста А. Антоновского положительно преимущественно слабо ( $r < 0,3$ ), но статистически значимо ( $p < 0,05$ ) связаны со шкалой теста Спилбергера–Ханина «реактивная тревожность». Между шкалами «управляемость» и «чувство связности» и шкалой «личностная тревожность» также отмечается отрицательная преимущественно слабая ( $r < 0,3$ ), но статистически значимая ( $p < 0,05$ ) корреляционная связь.

### Литература

1. Березина А.А., Трусова А.В. Опыт использования русскоязычной версии опросника чувства связности А. Антоновски // Психология XXI века: академическое прошлое и будущее : материалы междунар. науч. конф. – СПб., 2015. – С. 27–28.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.
3. Григорьев Г.И. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.

4. Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А. [и др.] Медико-демографические показатели лиц, прошедших курс психофизической саморегуляции // Вестник психотерапии. – 2019. – № 71 (76). – С. 55–77.

5. Григорьев С.Г. Многомерное математико-статистическое моделирование сложных медицинских систем : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2003. – 42 с.

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

7. Кузнецова Д.В., Мильчакова В.А. Проблема психофизической саморегуляции: современные концепции и их физиологические механизмы // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 66–91.

8. Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С. [и др.] К вопросу о мотивации при лечении алкоголизма // Вестн. психотерапии. – 2018. – № 66 (71). – С. 83–101.

9. Опросник для исследования стадий психотерапии URICA / URL: <http://psy-diagnoz.com/disease/91-oprosnik-urica.html> (дата обращения: 09.11.2019).

10. Осин Е. Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. – 2007. – № 3. – С. 22–40.

11. Прохоров А.В., Велисар У.Ф., Прочаска Д.О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение // Вопросы психологии. – 1994. – Т. 2. – С. 113–122.

12. Радюк О.М. Логика изменений в процессе терапии тревожных расстройств, или Почему поведенческие методы не могут быть заменены когнитивно-поведенческими // I Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии : сб. науч. статей. – СПб. : СИНЭЛ, 2015. – С. 5–13.

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

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

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

16. Antonovsky A. The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence // Israeli Journal Psychiatry and Related Sciences. – 1985 / fcl. 22. – N 4. – P. 273–280.

17. DiClemente C.C., Schlundt D., Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment // The American Journal on Addictions. – 2004. – N 13. – P. 103–119.

18. Gustainienė L., Lazutkienė J., Pileckaitė-Markovienė M. Studentų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai bei tarpusavio sąsajos // Visuomenės sveikata. – 2010. – N 1 (48). – P. 90–100.

19. Jakubauskienė M., Perminaitė R., Petkevičiūtė J., Sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darna ir subjektyvus sveikatos vertinimas // Visuomenės sveikata. – 2018. – N 4(83). – P. 87–96.

20. Pelikan J.M. Application of Salutogenesis in Health care settings // The Handbook of Salutogenesis. Eds. : M. B. Mittelmark [et al.]. – 2017. – P. 261–264.

21. Pileckaitė-Markovienė M. Pedagogų psichinės sveikatos, vidinės darnos bei jų sąsajų ypatumai // Ugdymo psichologija. – 2006. – Vol. 16. – P. 58–63.

22. Prochaska J., Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. – Hampshire: Cengage Learning, 2013. – 576 p.

23. Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change // Am J Heal. Promot. – 1997. – Vol. 12 – N 1. – P. 38–48.

24. URICA – Концепция модификации поведения Дж. Прочаски и К. ДиКлемементе / URL: [https://studopedia.su/1\\_28509\\_lektsiya--kontsepsiya-modifikatsii-povedeniya-dzh-prochaski-i-k-diklemente.html](https://studopedia.su/1_28509_lektsiya--kontsepsiya-modifikatsii-povedeniya-dzh-prochaski-i-k-diklemente.html) (дата обращения: 09.11.2019).

25. URICA – Readiness Score Calculating And Understanding The Readiness Score / URL: <https://habitslab.umbc.edu/urica-readiness-score> (дата обращения: 09.11.2019).

Поступила 15.11.2019

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

**Для цитирования:** Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Григорьев Г.И., Кузнецова Д.Г., Мизерас С., Тикнютэ Г. Психологический профиль лиц, прошедших на курс психофизической саморегуляции // Вест. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 79–112.

---

#### PSYCHOLOGICAL PROFILE OF PERSONS WHO CAME TO THE COURSE OF PSYCHOPHYSICAL SELF-REGULATION

**Grigoriev S.G.<sup>1</sup>, Milchakova V.A.<sup>2,4</sup>, Grigoriev G.I.<sup>2,4</sup>,  
Kuznetsova D.V.<sup>3</sup>, Mizeras S.<sup>4</sup>, Tikniute G.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy

(Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> Russian Christian Academy of Humanities

(Fontanka emb., 15, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>4</sup> International Institute of Human Potential Abilities

(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, Russia);

<sup>5</sup> Republican Centre for Addictive Disorders Kaunas Branch

(Giedraiciu Str., 8, Kaunas, Lithuania).

Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: [gsg\\_rj@mail.ru](mailto:gsg_rj@mail.ru);

✉ Valentina Aleksandrovna Milchakova – PhD Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology

and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Potential Abilities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigoriigi@hotmail.com;

Daria Vladimirovna Kuznetsova – undergraduate of Department of psychology, Russian Christian Academy of Humanities, doctor of general practice (Fontanka emb., 15, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: dashabogomolova@yandex.ru;

Saulius Mizeras – PhD Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Goda Tikniute – psychiatrist, Head of Inpatient Unit, Republican Centre for Addictive Disorders Kaunas Branch (Giedraiciu Str., 8, Kaunas, LT-44148, Lithuania), e-mail: tikgod@gmail.com.

**Abstract.** At International Institute of Human Potential Abilities (St. Petersburg) (IIHPA) a study was conducted to determine the psychological characteristics of 74 patients who visited the psychophysical self-regulation, which according to the experience of seeking psychotherapeutic help were divided into 4 groups. The level of motivation was studied using the "Questionnaire for the study of stages of psychotherapy" (the University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA), the assessment of the psychological health of respondents was carried out using the methodology of A. Antonovsky, stress resistance – stress-self-assessment test of Yu. V. Scherbatykh, depressive disorder – The Beck Depression Inventory, anxiety – the Ch.D. Spielberger – Yu.L. Khanin scale for reactive (situational) and personal anxiety. It was established that the main psychological indicators of the patients of IIHPA were within the permissible values of the scales of the tests which were used.

The relation between the scales of the tests of Antonovsky and Scherbatykh was studied, it was showed that between the components of the SOC scale, ("comprehensibility", "manageability" and "meaningfulness" and their sum – "Sense of coherence") and the generalizing indicators of the stress sensitivity test "basic stress sensitivity index" and the scale of "dynamic sensitivity to stress" there is an inverse, predominantly moderate (Pearson's r in the range from -0,32 to -0,42) statistically significant ( $p < 0,01$ ) relation, as well as between the scale "meaningfulness" and scale "constructive ways to overcome stress» – direct average severity ( $r = 0,42$ ) statistically significant ( $p < 0,001$ ) relation. The scale "constructive ways to overcome stress" demonstrates a positive weak (Pearson r in the range from 0.24 to 0.28) statistically significant ( $p < 0,05$ ) relation with the "level of motivation for treatment" and the scale of "action" of the URICA test, a moderate inverse ( $r = -0,33$ ) statistically significant ( $p = ,004$ ) relation with the scale of the URICA test The scale "destructive ways to overcome stress" is negatively moderately ( $r = -0,32$ ) statistically significantly ( $p = 0,005$ ) associated with the scale of the URICA test "actions". Urica test scales "actions" and" level of motivation "showed an inverse, mostly weak ( $r < |0,3|$ ), but statistically significant ( $p < 0,05$ )

relation with the scale of A. Beck's depression test "somatic component". All scales of A. Antonovsky's test except the scale "manageability" are negatively, strongly enough (from  $r = -0,36$  to  $r = -0,56$ ) and statistically significantly ( $p < 0,01$ ) are connected with the scales of A. Beck's depression test. All scales of the Antonovsky's test are positively predominantly weak ( $r < 0,3$ ), but statistically significantly ( $p < 0,05$ ) are associated with the scale of the Spielberger – Hanin's test of "reactive anxiety". Between the scales of "manageability" and "Sense of coherence" and the scale of "personal anxiety" there is also a negative predominantly weak ( $r < 0,3$ ), but statistically significant ( $p < 0,05$ ) correlation.

**Key words:** clinical (medical) psychology, psychophysical self-regulation, motivation, resilience, sense of coherence, stress sensitivity, stress resistance, depression, anxiety.

### References

1. Berezina A.A., Trusova A.V. Opyt ispol'zovaniya russkoyazychnoj versii oprosnika chuvstva svyaznosti A. Antonovskiy [The experience of using the russian language version of the questionnaire to measure the sense of coherence by A. Antonovsky]. *Psikhologiya XXI veka: akademicheskoe proshloe i budushhee* [Psychology of the XXI st Century: the academic past and the future]. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 27–28.
2. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [The psychodiagnostics of the stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)
3. Grigor'ev G.I. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostej [The spiritually oriented psychotherapy of the pathological addictions]. Sankt-Peterburg. 2008. 504 p. (In Russ.)
4. Grigor'ev G.I., Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A. [et al.] Mediko-demograficheskie pokazateli lits, proshedshikh kurs psikhofizicheskoy samoregulyatsii [The medical and demographic indicators of the people who have passed a course of the psychophysical self-regulation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019. N 71. Pp. 55–77. (In Russ.)
5. Grigor'ev S.G. Mnogomernoe matematiko-statisticheskoe modelirovanie slozhnykh meditsinskikh sistem [The multidimensional mathematical and statistical modeling of the complex medical systems]. : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2003. 42 p. (In Russ.)
6. Kolpakov YA.V. Ctruktura i uroven' motivatsii na lechenie u zhenshhin, zavisimykh ot alkogolya [The structure and level of motivation for the treatment in women addicted to alcohol]. : Abstract dissertation PhD. Psychol. Sci. Moskva. 2010. 25 p. (In Russ.)
7. Kuznetsova D.V., Mil'chakova V.A. Problema psikhofizicheskoi samoregulyatsii: sovremennye kontseptsii i ikh fiziologicheskie mekhanizmy [The problem of psychophysical self-regulation: modern concepts and their physiological mechanisms]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 67. Pp. 66–91. (In Russ.)
8. Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S. [et al.] K voprosu o motivatsii pri lechenii alkogolizma [On the question of motivation for the treatment of alcoholism].

*Vestnik psichoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. N 66. Pp. 83–101. (In Russ.)

9. Oprosnik dlya issledovaniya stadij psichoterapii URICA [The questionnaire for the study of stages of psychotherapy URICA]. URL: <http://psy-diagnoz.com/disease/91-oproshnik-urica.html>. (In Russ.)

10. Osin E.N. CHuvstvo svyaznosti kak pokazatel' psichologicheskogo zdorov'ya i ego diagnostika [Sense of coherence as an indicator of psychological health and its diagnosis]. *Psichologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnosis]. 2007. N 3. Pp. 22–40. (In Russ.)

11. Prokhorov A.V., Velisar U.F., Prochaska D.O. Transteoreticheskaya model' izmeneniya povedeniya i ee primenenie [The transtheoretic model of behavior change and its application]. *Voprosy psichologii* [Questions of psychology]. 1994. Vol. 2. Pp. 113–122. (In Russ.)

12. Radyuk O.M. Logika izmenenij v protsesse terapii trevoznykh rasstrojstv, ili pochemu povedencheskie metody ne mogut byt' zameneny kognitivno-povedencheskimi [The logic of changes in the treatment of anxiety disorders, or why behavioral methods can not be replaced by cognitive behavioral]. *I Mezhdunarodnyj s'ezd Assotsiatsii kognitivno-povedencheskoj psichoterapii : sbornik nauchnykh statej* [The international Congress of the Association of cognitive behavioral psychotherapy: collection of scientific articles]. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 5–13. (In Russ.)

13. SHHerbatykh YU.V. Psichologiya stressa i metody korrektsii [The stress psychology and the correction methods]. Sankt-Peterburg. 2006. 256 p. (In Russ.)

14. YUnkerov V.I., Grigor'ev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannyx meditsinskikh issledovanij [The mathematical and the statistical processing of the medical research data]. Sankt-Peterburg. 2011. – 318 p. (In Russ.)

15. YAltonskij V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshhestv [Theoretical model of motivation to treatment of dependence from psychoactive substances]. *Voprshhsy narkologii* [Addiction issues]. 2009. N 6. Pp. 68–76. (In Russ.)

16. Antonovsky A. The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence. *Israeli Journal Psychiatry and Related Sciences*. 1985 / fcl. 22. N 4. P. 273–280.

17. DiClemente C.C., Schlundt D., Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*. 2004. N 13. P. 103–119.

18. Gustainienė L., Lazutkienė J., Pileckaitė-Markovienė M. Studentų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai bei tarpusavio sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 2010. N 1 (48). P. 90–100.

19. Jakubauskienė M., Perminaitė R., Petkevičiūtė J., Sveikatos priežiūros darbuotojų vidinė darna ir subjektyvus sveikatos vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2018. N 4(83). P. 87–96.

20. Pelikan J.M. Application of Salutogenesis in Health care settings. *The Handbook of Salutogenesis*. Eds. : M. B. Mittelmark [et al.]. 2017. P. 261–264.

21. Pileckaitė-Markovienė M. Pedagogų psichinės sveikatos, vidinės darnos bei jų sąsajų ypatumai. *Ugdymo psichologija*. 2006. Vol. 16. P. 58–63.

22. Prochaska J., Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Hampshire, 2013. 576 p.

23. Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Heal. Promot.* 1997. Vol. 12. N 1. P. 38–48.

24. URICA – Концепция модификации поведения Дж. Прочаски и К. ДиКлементе / URL: [https://studopedia.su/1\\_28509\\_leksiya--kontsepsiya-modifikatsii-povedeniya-dzh-prochaski-i-k-diklemente.html](https://studopedia.su/1_28509_leksiya--kontsepsiya-modifikatsii-povedeniya-dzh-prochaski-i-k-diklemente.html).

25. URICA – Readiness Score Calculating And Understanding The Readiness Score / URL: <https://habitslab.umbc.edu/urica-readiness-score>.

Received 15.11.2019

**For citing.** Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Grigoriev G.I., Kuznetsova D.V., Mizeras S., Tikniute G. Psikhologicheskij profil' lits, prishedshikh na kurs psikhofizicheskoj samoregulyatsii. *Vestnik psixoterapii.* 2019. N 72. Pp. 79–112. (**In Russ.**)

Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Grigoriev G.I., Kuznetsova D.V., Mizeras S., Tikniute G. Psychological profile of persons who came to the course of psychophysical self-regulation. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 72. Pp. 79–112.



## СМЫСЛОВОЙ ДИССОНАНС КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

<sup>1</sup> Донской государственный технический университет

(Россия, Ростов-на-Дону, пл. Гагарина, д. 1);

<sup>2</sup> Учебно-методический центр «Темпус»

(Россия, Ростов-на-Дону, ул. 18-я линия, д. 51)

Представлен теоретический обзор современных отечественных исследований смыслового диссонанса как разновидности когнитивного диссонанса, возникающего по разным причинам в ценностно-смысловой сфере переживающего субъекта. Установлено действие смыслового диссонанса в различных областях деятельности современного человека. Подверженность смысловому диссонансу усиливается с ростом неопределенности как внешнего, так и внутреннего плана развития личности. Выявлены два основных плана действия смысловых диссонансов: диссонанс единичных смыслов при осуществлении реальных взаимодействий и диссонанс общих смыслов в ходе трансляции межличностных смысловых образований.

**Ключевые слова:** смысл, смысловая сфера, смысловая регуляция, когнитивный диссонанс, смысловой диссонанс.

Необратимость темпоральных процессов биологического плана в жизни человека неизбежно формирует необходимость его взросления не только в психофизиологическом плане. Этот план выступает только базисом, на основе которого открываются возможности зарождения и становления личности человека в акмеологическом плане. В ходе достижения вершин акме идут разноплановые процессы регуляции деятельности на основе развития и совершенствования смысловой сферы как интегрального регулятора жизни переживающего субъекта. Совершенствование смысло-

---

Абакумова Ирина Владимировна – д-р психол. наук, проф., член-корр. РАО, декан фак-та психол., педагогики и дефектологии, Донской гос. технич. ун-т (Россия, 344010, Ростов-на-Дону, пл. Гагарина, д. 1), e-mail: abakira@mail.ru;

✉ Годунов Михаил Викторович – канд. психол. наук, доцент, Учебно-метод. центр «Темпус» (Россия, 344019, Ростов-на-Дону, ул. 18-я линия, д. 51), e-mail: godunmv997@gmail.com.

Исследование выполнено в рамках реализации внутреннего гранта ЮФУ № ВыГр-07/2017-01 «Разработка технологий инициации смыслообразования как компонента современных коммуникативных систем с целью обеспечения информационной безопасности сети Интернет».

вой системы, сопровождающее человека на всём жизненном пути, отражает пластичность личности как акмеологическую изменчивость его личностных смыслов.

Работы, выполненные в русле деятельностно-смыслового подхода, показывают, что смысловая сфера представляется разноплановой структурой с широким набором функций и способов осуществления актуальных смысловых конструктов [2, 5, 9, 21]. При этом главным конституирующим признаком является присутствие иерархии в смысловой системе личности, способной к сложной динамике. Это может оказывать разное влияние на трансформацию образа мира, который для человека с бездевиантной психикой выступает как целокупное образование на основе синтеза высших психических функций. В то же время в процессе формирования и развития образа мира для отдельной личности затруднительно установление конкретного набора ведущих мыслительных актов и перцептивных каналов восприятия, что указывает на полимодальную природу смысловой сферы человека [1]. Полимодальность личностного смысла указывает на атрибут его возможной альтернативности. Это означает, что смысл не может рассматриваться как хороший или плохой, но может быть нетождественным другим смыслам. Поэтому такая неодинаковость, когда личностный смысл является просто другим, означает необязательное его присоединение к актуально действующим смыслам как аттракторам и включения в их диадные структуры как полное совпадение с ними или противопоставление. В то же время при взаимодействиях во внутреннем и внешнем мире в континууме смыслов могут происходить как совпадения, так и рассогласования среди систем смысловых конструктов [20].

Проанализируем данные двоякие возможности смысловой регуляции, приводящие к разным состояниям смысловой сферы. В разнообразных процессах познания окружающей реальности и взаимодействия с ней смысловая сфера человека может входить в новые и неизвестные ситуации. Такое столкновение с переменами означает два возможных состояния:

- 1) консонанс, который наступает в результате согласия с новым фактом и дальнейшего его включения в систему сознания воспринимающего субъекта. Такое состояние отражает частичное либо полное соответствие с тем, что было уже известно человеку до этого. Наличие консонанса выражает удовлетворительный уровень субъективной релевантности воспринимаемой информации в сравнении с имеющимися в сознании ожиданиями. Такое совпадение является уместностью нового для сознания и показывает приемлемость по отношению к нему и схожесть с уже находящимся

там информационным содержанием;

2) диссонанс, который отражает наступление конфликтной ситуации как несоответствия содержания воспринимаемой новой информации. Это несоответствие наступает по некоторым показателям, становящимся критическими для сознания воспринимающего субъекта. Диссонансным состоянием выражается несовпадение между новой и «старой» информацией, что проявляется нерелевантностью в новообразуемой паре подсистемных элементов сознания. Состояние возникающей неадекватности, как рассогласованности и разнонаправленности, можно рассматривать с позиции смысловой регуляции как точку бифуркации, содержащей альтернативу. Осуществление выбора из данного дихотомичного состояния свидетельствует либо о неприятии требований внешней смысловой системы, с которой соприкасается смысловая система личности и сосуществовании в сознании в виде двухполюсной подсистемы, либо о принятии и адаптивной подстройке новой информации к внешним системным требованиям.

Целью статьи является теоретических обзор работ, посвященных смысловому диссонансу как разновидности когнитивного диссонанса для выявления подверженных ему областей смысловой регуляции. Рассмотрим действие диссонанса [13] в разных плоскостях. Для этого следует учесть разнообразную природу и широкий круг воздействий на жизнь современного человека и общества.

Когнитивный диссонанс, по мнению Л. Фестингера, отражает процесс столкновения в сознании человека между противоречивыми убеждениями или знаниями о каком-либо предмете [30]. Такое рассогласованное состояние не является устойчивым и порождает у человека желание перейти каким-либо способом к более согласованному и слабо противоречивому состоянию [7]. То есть при принятии решений наличие когнитивного диссонанса может отражать реагирование сознания на поступающие извне угрозы потери целостности Я-концепции как целостности личности.

Культурный диссонанс зарождается в процессе долгого культурно-исторического развития общностей, слабо взаимодействующих друг с другом. При этом одни и те же понятия и категории представителями этих общностей начинают восприниматься по-разному, по причине нетождественности друг другу их культурного опыта. Появляющиеся в межкультурной коммуникации разногласия приводят к несовпадениям между языковыми картинками мира, описывающими одинаковые ситуации и процессы. Это происходит из-за накопления различий в национальном поведении, в трудовой этике, при несовпадении культурных реалий, например между

англоязычной американской культурой и русской культурой [15]. Усиление таких различий в пределе может приводить к возникновению лакун как отсутствия обозначений каких-либо понятий в инокультуре. Для преодоления лакун требуется организация единого трансграничного пространства культурного взаимодействия, запускающего механизмы взаимной культурной диффузии [14]. Так происходит усиление подвижности структуры значений описываемых объектов и когнитивной устойчивости при взаимной адаптации взаимодействующих культур. Ж. Деррида указывает на наличие глубинного амбивалентного фона и семантических связей некоторых несовместимых понятий в языке на примере французского неологизма «гостевраждебность» [6].

Психосоциальный диссонанс показывает частичные или полные несовпадения представлений переживающего субъекта с привычными представлениями окружающих его сообществ по поводу восприятия явлений социального плана. При этом возникающие несоответствия становятся источниками психических напряжений различной степени и выраженности. Возникающие напряжения могут приводить к различным сценариям как позитивного, так и негативного характера: в случае проявления заинтересованности в новых социальных представлениях (принятии перемен) либо при стремлении расширить круг устоявшихся представлений (например, при изучении новых языков) инициируется формирование нового психологического конструкта, а в противном случае, при наличии страха перед появлением новых представлений, запускаются механизмы разноплановых психологических защит, что приводит к конфликтам, дисстрессовым состояниям, расстройствам психосоматического характера, поведенческим девиациям различной степени устойчивости [11].

Коммуникативный диссонанс отражает проявление локальных коммуникативных феноменов, содержащих искажения в организации социальных взаимоотношений. В системе медиаотношений с общественностью коммуникативный диссонанс может проявляться отрицательной реакцией групп на использование непонятных языковых или символических средств в адресуемых данным группам сообщениях. При этом коммуникативный диссонанс может возникать при несоответствии социальной информации с мнением группы. Данные обстоятельства входят в круг причин коммуникационных барьеров, возникающих в общественных связях как молчание общества [10]. Также коммуникативный диссонанс выражается в виде неудачи, помехи в общении из-за непреднамеренных нарушений норм речевого поведения. Это может происходить при общении между представите-

лями разных лингвокультур, когда в повседневной коммуникации существует разница уровней эмпатии в восприятии «чужого». Возникающие непреднамеренные ошибки в лингвистике повседневности приводят к появлению полуконфликтогенов, например, при общении между носителями американской лингвокультуры (горизонтальной и индивидуальной) и российской лингвокультуры (вертикальной и коллективной) – нарушение норм этикета, чрезмерная прямота и императивность американцев в сравнении с излишней сдержанностью русских [26]. Ещё одной из причин коммуникационного диссонанса может выступать избирательность речевого сознания, из-за чего для избегания недопонимания коммуниканты часто используют метакоммуникативное высказывание. В таком высказывании изначально уже содержатся оценочные компоненты положительной или отрицательной коннотации, что снимает необходимую последующую оценку или интерпретацию получаемого сообщения с позиций наблюдателя [16].

Ценностный диссонанс выступает аксиологической разновидностью рассмотренного ранее когнитивного диссонанса. Рассмотрение диссонансных состояний с аксиологических позиций имеет отдельное значение в герменевтическом плане гуманитарных исследований и, в частности, для работы с текстами. В ходе изучения основ комического восприятия художественных произведений следует учитывать, что оценочное восприятие человека всегда индивидуально, темпорально и происходит в определенных социальных, экономических и политических условиях. Наступление аксиологического диссонанса происходит при частичном или полном несовпадении между оценочной деятельностью автора как субъекта произведения вместе с его сублимированной оценкой объекта произведения, которые образуют систему оценки ценностей, с одной стороны, и системы ценностей реципиента произведения как читателя или зрителя, с другой стороны [3]. На ценностный диссонанс обращается внимание в герменевтических практиках при художественном переводе разнообразных текстов, что усиливает языковое посредничество переводчика. С позиций переводческого дискурса именно ценностным диссонансом выражается то состояние, когда не совпадает ценностное и оценочное ожидание, имеющееся у переводчика, с теми ценностями и оценками, которые переводчик вынужден сказать как автор перевода [25]. Таким образом, переводчик должен стремиться к уменьшению возможного диссонанса ценностей между написанным в первоисточнике и переведенным. Однако в стремлении к такой тождественной трансляции на новый язык стратегия деятельности самого

переводчика должна преследовать две разные цели: с одной стороны, переведенный текст должен по структуре соответствовать переводимому тексту; с другой стороны, должно быть соответствие цели перевода. Тогда возможно построение культурных мостов между языковыми картинами мира тех народов, с языка и на языки которых переводятся тексты [4]. В журналистской деятельности в идеале предполагается следование априорной ценности – общественному благу. Однако под влиянием социально-экономических условий и усложнения самой профессии происходит её отход от первоначальной – «коммунальной», то есть надындивидуальной – природы с доминированием базовых ценностей профессии. Дрейф усиливается в сторону «делового» аспекта журналистики, следующей конъюнктуре рыночных отношений, что порождает диссонанс ценностей в данной профессии [29].

Смысловой диссонанс возникает в области экзистенциальных конструкторов при их несогласованности, проявляемой в разноплановых коммуникациях. Такая несогласованность личностных смыслов, лежащих в основе экзистенциальных систем, выражает состояние сбоя регулятивных механизмов смысловой сферы в ходе опредмечивающе-распредмечивающей деятельности. Это вносит негативные искажения в качество и направленность взаимодействий, нарушая их приемлемость самим субъектом и адекватность для внешних систем, в которые он включен. Для наступления противоположного диссонансу состояния смыслового консонанса важным требованием, например в рекламном сообщении, является отождествление транслируемого референтного образа с актуальным экзистенциальным состоянием реципиента такого сообщения [19]. При таком совпадении осуществляется его переход на позиции персонифицированного, а главное, стилиобразующего символа. Но это происходит только при значительном отражении им жизненных стратегий и ценностей, при освещении приёмов решения насущных проблем в жизни целевой аудитории. При несовпадении, означающем состояние смыслового диссонанса между референтным образом и реципиентом, включается работа на понижение значимости транслируемых смыслов [19].

Интересующий нас смысловой диссонанс проявляется в разнообразных сферах жизнедеятельности современного человека. Опыт использования манипулятивных технологий может быть основан на симулировании различных абсурдных ситуаций с их воздействием на сознание, что позволяет переходить от информационных войн (классического вертикального типа – пассивное реагирование на монопольный целенаправленный поток

информации сверху вниз) к смысловым (консциентальным) войнам (горизонтального типа – социальная практика распространения фоновой информации как контекстов понимания и норм мышления в обществе), снижающим и в пределе блокирующим охраняющие функции сознания [28]. При этом с повышением социальной поддержки происходит снижение конфликтности, что известно из экспериментов С. Аша. Тогда при искусственном создании ситуаций абсурда (абсурд – лишенное смысла и связи с реальностью противоречивое состояние, которое, как бездна, отделяет разумный мир сознания от беспорядочного хаоса) происходит манипулятивное воздействие на сознание как смысловое влияние, приводящее к деформациям самосознания в части критичности мышления [8].

Особенности возникновения смыслового диссонанса И.Е. Нестеренко предлагает исследовать с применением акцепторной модели убеждающих воздействий на примере учебного процесса. Согласно такой модели, смысловой диссонанс возникает вследствие невключенности ученика в образовательный процесс, когда отсутствует смысловая установка на него [24]. Тогда происходит не совпадение, а рассогласование смысловых центральных с учителем при соотношении элементов учебного материала со своим смысловым багажом. Это сопровождается отсутствием образования личностных смыслов, что приводит к личностному отчуждению и формированию в сознании ученика целевой установки на отключение механизмов понимания изучаемого материала. Такое личностное отчуждение от воспринимаемых смыслов может рассматриваться в виде негативной смысловой установки, опирающейся на смысловой диссонанс и выступающей барьером смыслообразования в учебном процессе [24].

Переход в состояние смыслового диссонанса происходит в повествовании при применении метафоры, возможной благодаря словесным сцеплениям алогичного порядка, а также благодаря сюрреалистическим диспропорциям в описании транслируемых образов [12]. При данной подаче художественное произведение способно транслировать избыточную дисгармонию мироустройства, представляемого своей сюжетной линией. Столкновение возникающих смыслов обретает ярко выраженный контраст и антагонизм и даже гротескное смещение, что может быть сконструировано в метафоре через диссонанс смыслов. Применение метафоры означает алогичный порядок соотношения категорий разной природы, например в творчестве О. Мандельштама пустота с позиции материальных категорий противопоставляется небытию как нематериальной категории [12]. Так подчеркивается авторский замысел усиления описываемых дуальностей

как парадоксальных противопоставлений. С их помощью высвечивается неожиданный характер ассоциативных связей между привычными явлениями с целью осуществления авторского творческого акта пересозидания реальности как жизнестроительства.

Смысловой диссонанс может искусственно генерироваться в процессе текстово-смысловых модификаций, например народных сказок в некоторых современных телепередачах [17]. Искажение исходных текстов в данном медийном жанре с помощью вольной интерпретации в виде специальных семиотических ошибок в сценариях и их смешения может приводить к серьезным искажениям и деформациям культурно-исторического наследия. Такое преднамеренное нарушение лингвоэкологического баланса означает подмену традиционных сказочных образов, воспринимаемых детским сознанием, что может провоцировать наступление ценностно-смыслового диссонанса. Этот диссонанс может наступать как в сфере сознания ребенка-зрителя, так и при его общении с другими людьми. Данные процедуры как смысловые диверсии, маскируясь зрелищностью и динамичностью сюжета, в конечном итоге направлены на внедрение чуждых смысловых конструкторов [17]. Они способны раскалывать смысловое пространство исходной культуры-носителя сказки.

Такие процедуры смысловых деформаций инициируют изменения эмотивных тональностей прецедентных сказочных текстов, что приводит к потере их дидактической ценности в плане воспитания. Этими приемами производится манипулятивный понижающий перевод с традиционных моральных установок на сугубо утилитарный характер восприятия, способствующий формированию и закреплению клипового мышления [17]. Часто при сравнительном анализе традиционного сказочного сюжета и таких текстов-блендингов, рождающихся при его слиянии с другими сюжетами, наблюдается видоизменение транслируемых универсалий культуры, входящих в культурный код как культурно-историческую идентичность человека. Особенность телевизионной передачи в том, что она придает тексту-блендингу эйдологическую функцию – яркость и наглядность представлений. Из-за этого у текста-блейдинга появляется возможность к более сильной элиминации идейно-смысловой оценки и экспрессивной передачи исходного текста [17]. Такое использование смыслового диссонанса в лингвокультуре способно нарушать и даже прерывать межпоколенческий культурно-смысловой диалог, что означает невозможность воспитания как педагогического процесса передачи культурных традиций.

Познание закономерностей интерпретации неявных смыслов юмори-



стического эффекта драматического диалога возможен только при абстрагировании от его концептуальных структур [27]. Только в этом случае возможно вскрытие содержательного плана парадоксального восприятия юмора, в основе которого заложен смысловой диссонанс. Реализация юмора в высказывании возможна только лишь с уровня парадокса, с помощью которого образуется симбиоз разноплановых смыслов. Такая пара сцепляется в общий фрейм по неочевидным общим формальным признакам, хотя по своей сути содержание смыслов далеко друг от друга [27]. Исходя из стилистических возможностей языка, реализующих прагматические речевые категории, различаются юмористические высказывания фатического (поддержание контакта без смысловой нагрузки) и нефатического характера (общение со смысловым содержанием). Фатический юмор носит дружественный и беззлобный характер в силу действия мотивации, не затрагивающей «Я» собеседника, ведь трансляции личных смыслов нет. При этом нефатический юмор может носить агрессивный характер, так как в ходе общения происходит вольная или невольная трансляция смыслов. Это неизбежно приводит к желанию собеседников возвысить именно свою личность над другими. Тогда смысловой диссонанс в нефатических юмористических актах драматических текстов можем применяться как средство вербальной атаки в процессе общения [27].

А.П. Назаретян, предлагает гипотезу техно-гуманитарного баланса, который при переходе в дисбаланс демонстрирует недостаток механизмов психологической регуляции внутренней устойчивости людей. Такой недостаток возникает вследствие отставания культурного потенциала и мировоззренческих запросов общества от уровня технологического потенциала и военных возможностей решения конфликтов. Результатом такого дисбаланса становится переход в острую фазу кризисов антропогенной природы [23]. Только в сбалансированном состоянии общественные системы сохраняют устойчивую возможность к самосохранению при возмущениях и неопределенности не только внешней, но своей внутренней среды. С одной стороны, технологический прогресс добавляет инструментального могущества и увеличивает устойчивость общества к внешним вызовам. Однако, с другой стороны, при этом возрастает угроза непредуманного и недальновидного применения освоенных промышленных технологий и вооружений, что может нанести непоправимый вред как обществу, так и природе [23]. Для исправления такого диссонанса требуется усиление культурного потенциала общества и восстановление потерянной мощности социально-психологических регуляторов общественной жизни. Так воз-

возможен переход к доминированию общих цивилизационных смыслов деятельности вместо раздробляющего и противопоставляющего деления на «своих» и «чужих».

Действие полярных механизмов смыслового диссонанса содержится в процессах создания метафор, необходимых в осуществлении мифологизации. Метафора выступает местом скрещения смыслов, что наглядно проявляется как сшивание смыслов в мифе [22]. По мнению А.С. Майданова, существует несколько назначений смыслов как их видов. Во-первых, информативность, когда они выступают семантическими единицами сферы сознания. Во-вторых, содержательность, предопределенная заданными способами представления объекта и показывающая его специфизированность. В-третьих, функциональность как интенциональность, в силу которой смысл, выступающий аксиологическим феноменом, может достичь определенного эффекта, так как наделен некоторой значимостью для участвующих в коммуникации людей и способен к смене контекста этой коммуникации [22]. Исходя из этого, исследователь предлагает считать смыслы межобъектными, а главное, межсубъектными явлениями, так как они появляются там, где начинают взаимодействовать более двух разных феноменов, как природного, так и социального плана. То есть главным атрибутом смысла выступает значимость указываемых феноменов друг для друга, из-за чего они входят в некоторое единство. Поэтому смысл является центральным участником бытия мифа, генезис которого состоит из двух противоположных методологических действий – конструирование мифа и демонтаж мифа [22]. При конструировании мифа происходит эстетизация и сакрализация текстов, значимых в социально-духовном плане, с применением идеализации, синтеза разнородных явлений, метафоризации, гиперболизации, субъективизации природных явлений и деификации как обоготворения. Демонтаж мифа как его дешифрующее объяснение идет с помощью полярных процедур – деидеализации, разделения, деметафоризации, дегиперболизации, десубъективизации и дедеикации [22]. Следовательно, совокупность таких полярных процедур позволяет постигать истинный глубинный смысл мифов и используемых в них метафор, а также искать и понимать их возможные денотаты.

И.В. Кондаков при исследовании условий неожиданной смены направлений исторического развития общества отмечает влияние на них через усиление или ослабление бинарных смысловых оппозиций, главенствующих в культуре данного общества. Анализ культурогенеза таких исторических поворотов показывает, что сложные процессы таких социокуль-

турных трансформаций формируются и усиливаются культурой [18]. По мнению исследователя, именно социокультурная атмосфера, царящая в обществе, детерминирует содержание и интенциональность матриц смыслообразования, которые при отсутствии возмущений носят универсальный характер разного рода – визуального, числового, функционально-ролевого, мифологического. В ходе исторических поворотов идет смена и попеременное действие процессов инверсии и медиации, приводящих в культуре к нарастанию или снятию конструктивного напряжения [18]:

1) культурная инверсия усиливает противоборство взаимодействующих полюсов в бинарных смысловых оппозициях, чем блокируется образование новых смыслов в культурной системе, перешедшей в закрытое состояние как консервацию, и прекращается историческое развитие с дальнейшим неизбежным расколом;

2) культурная медиация способствует снятию таких обостренных дуальных противостояний, поскольку допускает зарождение и развитие нового пласта смыслов, занимающих промежуточное состояние, при условии перехода системы культуры в открытое состояние.

Наряду с данными конструктивными механизмами, обеспечивающими цикличность культурного развития общества, существуют слабо изученные деструктивные регуляторы социокультурной жизни, усиливающие ее дивергентные тенденции [18]:

1) «эридика» как искусства спора проявляется отказом выбирать между наличествующими вариантами стратегий развития. Вклиниваясь между инверсией и медиацией на фоне их спора, эридика усиливает настроения ситуационного безразличия и социокультурной пассивности. В таких условиях акты культурного выбора на уровне человека или группы в целом обесцениваются и вырождаются в условную формальность как игру без значимых последствий. Размывая границы ценностных категорий и моральных норм, эридика расширяет сферы смысловой неопределенности и осуществляет перезапись культурного кода с традиционной смысловой парадигмы на иную;

2) «расщепление культурного ядра» приводит к конфликту смысловых интерпретаций и означает наступление фазы расслоения смысловой концептосферы культуры на два полярных лагеря, взаимоисключающих друг друга. Усиление такого семиотического конфликта приводит к оформлению бескомпромиссных сообществ с несовпадающими ценностно-смысловыми ориентирами, разными культурными практиками и идеалами. Это приводит к непримиримой борьбе за несовпадающие цели в се-

мантического хаосе.

При преобладании таких деструктивных регуляторов в обществе социальный конфликт, усиливаясь, проходит интериоризацию на глубинный уровень ментальности и культуры сообществ [18]. Так разрастается пространство ценностно-смысловой неопределенности как энтропия культуры. Преодоление таких неустойчивых состояний культуры означает возможность прохождения исторических поворотов для ухода от некультуры, что требует не останавливать действие культурогенных механизмов на личностном, групповом и общественном уровне.

### Заключение

Влияние смыслового диссонанса на ценностно-смысловой план развития личности упоминается в психологических исследованиях, однако разработано недостаточно полно. Предполагается, что смысловая коммуникация может, кроме встречи совпадающих смыслов, протекать в условиях их несовпадения, что означает неодинаковые и альтернативные пути смысловой регуляции взаимодействующих субъектов, а следовательно, разные траектории их личностного развития [13]. Эта нетождественность транслируемых смыслов показывает наличие области существования дихотомичных состояний смыслов, представляющих несовпадающие альтернативные смысловые континуумы. Данное своеобразие обеспечивает возможность формирования биполярных смысловых конструктов по причине их несовпадения со смысловыми образованиями в сознании данного субъекта. Такое непринятие или принятие как диссонансное или консонансное состояние актуализируется только при смысловой трансляции, в ходе которой смысл передается наружу из смысловой сферы при взаимодействиях личности [13]. В то же время смыслы, содержащиеся внутри смысловой сферы, не имеют оценочных координат по типу «плохо – хорошо» и обладают полимодальностью.

Процессе оценивания, который, безусловно, содержит эмоциональную составляющую, присутствует в процессах взаимодействий человека и является индикатором его личностного отношения к воспринимаемому. При этом смыслы и выражающие их эмоции находятся в следующем соотношении: *«эмоции выполняют вспомогательную функцию презентации личностного смысла на осознаваемом уровне, не столько содержательно отображая его (это невозможно, поскольку смысл сложнее и глубже эмоции), сколько привлекая к нему внимание и ставя задачу на его содержательное раскрытие»* [21, с. 164–165]. То есть, согласно метафориче-

скому высказыванию А.Н. Леонтьева, смысл можно представить как работу мотора автомобиля, а эмоцию в виде шума, сопровождающего работу этого мотора. Поэтому эмоцией выражается субъективное оценочное отношение, генерируемое из слоя личностных смыслов тогда, когда смыслоисточник является значимым для данного состояния личности. Эмоции как производные функции исходят из определенных смыслов, которые шире их и не имеют строгой модальной конкретизации. У психически здорового человека выражение эмоции опосредовано актуальными личностными смыслами, а состояние бессмысленного проявления эмоций может свидетельствовать о психическом расстройстве.

Выявленная дихотомия процессов смыслообразования показывает возможность проявления биполярности смыслов, которая выявляется в процессе перехода из внутреннего во внешний мир и столкновениях с другими смысловыми системами. В ходе такого внешнего оформления смысла наступает «раскристаллизация» смысла (по выражению А.Н. Леонтьева), благодаря чему он становится уже личностным смыслом в сознании конкретного человека. Однако приобретение смыслом личностной атрибутивности происходит благодаря процессам диссонансного либо консонансного позиционирования в смысловой среде. Исходя из такой интерпретации совпадения или несовпадения как принятия либо отторжения, в её актуальной системе смыслов разворачиваются своеобразные смысловые континуумы в виде диадного пространства, содержащего области биполярных смыслов. Тогда можно предположить, что действие смыслового диссонанса проявляется двояко: во-первых, в плане осуществления реальных взаимодействий как диссонанс единичных смыслов, а во-вторых, в плане трансляции межличностных смысловых конструкторов как диссонанс общих смыслов.

### Литература

1. Абакумова И.В., Ермаков П.Н., Фоменко В.Т. Новодидактика. Книга 1. Методология и технологии обучения: в поисках развивающего ресурса. – М. : КРЕДО, 2013. – 162 с.
2. Абакумова И.В., Фоменко В.Т. Психолого-смысловые аспекты интегративной организации учебного процесса // Общая теория смысла, психологические концепции смыслообразования, смыслодидактика : хрестоматия / сост. И.В. Абакумова, П.Н. Ермаков, И.А. Рудакова. – М. : КРЕДО, 2014. – С. 350–376.
3. Алешина Ю.В. Аксиологический диссонанс как основа комического (на материале анализа художественных текстов малого прозаического жанра) // Вестник моск. междунар. академии. – 2017. – № 2. – С. 6–15.
4. Альварес-Солер А.А. Художественный и аудиовизуальный перевод в призме элементов литературного текста и урвной киноязыка // Пространства

коммуникации Испании и Латинской Америки: многоязычие, литература, традиции перевода : монография / под ред. Т.В. Писанова, А.А. Альварес-Солер. – М. : Моск. гос. лингвистический ун-т, 2019. – С. 135–209.

5. Асмолов А.Г. Конструирование образов образования в науке и культуре // Образовательная политика. – 2016. – № 1. – С. 86–88.

6. Афинская З.Н. Культурный и когнитивный диссонанс: «l'hospitalité/l'hostilité» // Filologicke vedomosti. – 2016. – № 1. – С. 9–15.

7. Барков Ф.А. Когнитивный диссонанс и его влияние на поведение хозяйственных субъектов // Конкурентоспособность территорий: материалы XXI Всеросс. экономического форума молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 23–27 апреля 2018 г.): в 8 ч. / отв. за вып. Я.П. Силин, Е.Б. Дворядкина. Ч. 2: Направления: 03. Философия, культура, семья; 04. История и политика; 05. Современные проблемы экономической теории и повышение конкурентоспособности территорий. – Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2018. – С. 87–89.

8. Бейлин М.В., Ганзюк Л.М. Смыслы абсурдного в жизнедеятельности человека // Ценности и смыслы русского уклада жизни: пройденный этап или утраченный рецепт? : материалы «круглых столов», проведенных «Центром этики и эстетики Русского мира» / сост. и отв. за вып. И.К. Джерелиевская. – М. : Центр этики и эстетики Русского мира, 2018. – С. 199–124.

9. Братусь Б.С. Уровни развития смысловой сферы личности // Общая теория смысла, психологические концепции смыслообразования, смыслодидактика : хрестоматия / сост. И.В. Абакумова, П.Н. Ермаков, И.А. Рудакова. – М. : КРЕДО, 2014. – С. 135–146.

10. Вайсфельд И.В. Формирование общественно-политического мнения в стране, коммуникативные аспекты современных медиаплатформ // Электронный научный журнал «Медиаскоп» [Электронный ресурс]. – М., 2012. – № 1. – Режим доступа: <http://www.mediascope.ru/node/1034> (дата обращения: 12.09.2019).

11. Васина В.В., Новикова О.Н. Учет психологических факторов в преподавании иностранного языка // Вестник Удмуртского ун-а. Философия. Социология. Психология. Педагогика. – 2013. – № 3. – С. 64–71.

12. Высоцкая Ю.С. Значимое отсутствие: метафоры пустоты в прозе О. Манделъштама («Египетская марка») // Вестник ЧГПУ. Филология и искусствоведение. – 2012. – № 2. – С. 195–207.

13. Годунов М.В., Абакумова И.В., Енин А.Л., Генердукаева З.Ш. Стратегии смыслообразования: современные представления в работах отечественных исследователей : уч. пособие. – М. : КРЕДО, 2016. – 38 с.

14. Гомбоева М.И., Дошидоржиева Б.В. Лакуна в условиях трансграничного взаимодействия // Гуманитарный вектор. Серия: Философия, культурология. – 2012. – № 3. – С. 145–151.

15. Гончарова Е.Н. Концепт успех/success в русской и американской лингвокультурах: историко-этимологический аспект // Вестник Адыгейского гос. ун-та. – 2016. – № 2 (177). – С. 49–53.

16. Гуревич Л.С. Кривое зеркало коммуникации: кто виноват в коммуникативном диссонансе? // Совр. ученый. 2019. – № 1. – С. 212–217.

17. Кислякова Е.Ю. Детская телепередача как «лингвоэкологическая диверсия» // Известия ВГПУ. Филологические науки. – 2019. – № 4 (137). – С. 247–252.

18. Кондаков И.В. Культурогенез исторических поворотов // Исторические повороты культуры : сб. науч. статей (К 70-летию профессора И.В. Кондакова) / общ. ред. и сост. О.Н. Астафьевой. – М. : Согласие, 2018. – С. 61–66.

19. Кузьмина О.В., Марков А.П. Антропоцентрированный характер рекламного дискурса // Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал. – 2013. – № 4. [Электронный ресурс] URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=9702> (дата обращения 18.09.2019).

20. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – 3-е изд., доп. – М. : Смысл, 2007. – 511 с.

21. Леонтьев Д.А. Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал // Сибирский психологический журнал. 2016. – № 62. – С. 18–37.

22. Майданов А.С. Конструирование метафор и мифов и их истолкование // Философская мысль [Электронный ресурс]. – 2015. – № 4. – С. 79–225. – Режим доступа: [http://e-notabene.ru/fr/article\\_15298.html](http://e-notabene.ru/fr/article_15298.html) (дата обращения: 12.09.2019 г.).

23. Назаретян А.П. Глобальное прогнозирование в свете мегастории и синергетики: очерки истории будущего (к 200-летию Института востоковедения РАН). – М. : ИВ РАН, 2018. – 255 с.

24. Нестеренко И.Е. Психолого-дидактические особенности формирования смысловых установок старшеклассников в учебном процессе: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – Ростов н/Д. : ЮФУ, 2009. – 198 с.

25. Писанова Т.В., Альварес-Солер А.А. Полисубъектная гетерогенность и полифоничность массмедиа // Пространства коммуникации Испании и Латинской Америки: многоязычие, литература, традиции перевода.– М. : Моск. гос. лингвистический ун-т, 2019. – С. 122–134.

26. Питина С.А. Межкультурный коммуникативный диссонанс в лингвистике повседневности // Интеграционные процессы в современном образовании : материалы междунар. науч.-практич. конф. 15–16 ноября 2018 г. – Челябинск : ЧОУВО МИДиС, 2018. – С. 54–56.

27. Постева Е.В. Юмористический эффект в драматических диалогах: парадокс и диссонанс между репликами персонажей // Актуальные проблемы филологии и педагогической лингвистики. – 2017. – № 4 (28). – С. 167–177.

28. Почепцов Г.Г. Информационные войны. Новый инструмент политики. – М. : Алгоритм, 2015. – 256 с.

29. Сладковский С.А. Ценностный диссонанс и современная российская журналистика // Вестник СПбГУ. Серия 9: Филология. Востоковедение. Журналистика. – 2011. – № 4. – С. 226–236.

30. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. – М. : Эксмо, 2018. – 256 с. (Серия «Классика психологии»).

Поступила 19.10.2019

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

**Для цитирования.** Абакумова И.В., Годунов М.В. Смысловой диссонанс как психологическая проблема // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 113–131.

---

## MEANING DISSONANCE AS A PSYCHOLOGICAL PROBLEM

Abakumova I.V.<sup>1</sup>, Godunov M.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Don state technical University (Gagarina Sq., 1, Rostov-on-Don, Russia);

<sup>2</sup> Educational and methodical center «Tempus»  
(18th Line St., 51, Rostov-on-Don, Russia).

Irina Vladimirovna Abakumova – Dr. Psychol. Sci., Prof., Corresponding Member, Russian Academy of Education, Dean of faculty of psychology, pedagogy and defectology, Don state technical University (Gagarina Sq., 1, Rostov-on-Don, 344010, Russia); e-mail: abakira@mail.ru;

✉ Michail Victorovich Godunov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Educational and methodical center «Tempus» (18th Line St., 51, Rostov-on-Don, 344019, Russia); e-mail: godunmv997@gmail.com.

**Abstract.** The theoretical review of modern domestic researches of meaning dissonance as a kind of cognitive dissonance arising for various reasons in the value-meaning sphere of the experiencing subject is presented. The effect of meaning dissonance in various fields of modern human activity is established. The susceptibility to meaning dissonance increases with the growth of uncertainty of both the external and internal plan of development of the personality. Two main action plans of meaning dissonances are revealed: dissonance of individual meanings in real interactions and dissonance of general meanings in the course of translation of interpersonal meaning formations.

**Key words:** meaning, sphere of meaning, meaning regulation, cognitive dissonance, meaning dissonance.

### References

1. Abakumova I.V., Ermakov P.N., Fomenko V.T. Novodidaktika. Kniga 1. Metodologiya i tekhnologii obucheniya: v poiskah razvivayushchego resursa [New didactics. Book 1. Methodology and technologies of training: in search of a developing resource]. Moskva. 2013. 162 p. (In Russ.)

2. Abakumova I.V., Fomenko V.T. Psihologo-smyslovye aspekty integrativnoj organizacii uchebnogo processa [Psychological and semantic aspects of the integrative organization of the educational process]. *Obshchaya teoriya smysla, psikhologicheskie koncepcii smysloobrazovaniya, smyslodidaktika. Hrestomatiya* [General theory of meaning, psychological concepts of meaning formation, sense didactics. Anthology]. Ed. : I.V. Abakumova, P.N. Ermakov, I.A. Rudakova. Moskva. 2014. Pp. 350–376. (In Russ.)

3. Aleshina Yu.V. Aksiologicheskij dissonans kak osnova komicheskogo (na materiale analiza hudozhestvennyh tekstov malogo prozaicheskogo zhanra) [Axiological dissonance as the basis of the comic (based on the analysis of literary texts of the small prose genre)]. *Vestnik moskovskoj mezhdunarodnoj akademii* [Bulletin of the



Moscow international Academy]. 2017. N 2. Pp. 6-15. (In Russ.)

4. Alvares-Soler A.A. Hudozhestvennyj i audiovizual'nyj perevod v prizme elementov literaturnogo teksta i urovnej kinoyazyka [Artistic and audiovisual translation in the prism of literary text elements and film language levels]. *Prostranstva kommunikacii Ispanii i Latinskoj Ameriki: mnogoyazychie, literatura, tradicii perevoda* [Communication Spaces of Spain and Latin America: multilingualism, literature, translation traditions]. Monograph. Ed. : Pisanova T.V., Alvares-Soler A.A. Moskva. 2019. Pp. 135–209. (In Russ.)

5. Asmolv A.G. Konstruirovanie obrazov obrazovaniya v nauke i kulture. [The construction of the images of education, science and culture]. *Obrazovatel'naya politika* [Educational policy]. 2016. N 1. Pp. 86–88. (In Russ.)

6. Afinskaya Z.N. Kulturnyj i kognitivnyj dissonans: «l'hospitalité/l'hostilité» [Cultural and cognitive dissonance: "l'hospitalité/l'hostilité"]. *Filologičke vedomosti* [Filologicke vedomosti]. 2016. N 1. Pp. 9–15. (In Russ.)

7. Barkov F.A. Kognitivnyj dissonans i ego vliyanie na povedenie hozyajstvennyh sub"ektov [Cognitive dissonance and its influence on the behavior of economic entities]. *Konkurentosposobnost' territorij: materialy XXI Vserossijskogo ekonomičeskogo foruma molodyh učenyh i studentov* [Competitiveness of territories: proceedings of the XXI all-Russian economic forum of young scientists and students]. Scientific. Conf. Proceeding. Ekaterinburg. 2018. Pp. 87–89. (In Russ.)

8. Bejlin M.V., Ganzjuk L.M. Smysly absurdnogo v zhiznedeyatel'nosti čeloveka [Meanings of absurd in human life]. *Cennosti i smysly russkogo uklada žizni: projdennyj etap ili utrachennyj recept?: Materialy «kruglyh stolov», provedennyh «Centrom etiki i estetiki Russkogo mira»* [Values and meanings of Russian way of life: passed stage or lost recipe?: Materials of "round tables" held By "center of ethics and aesthetics of the Russian world"]. Moskva. 2018. Pp. 199–124. (In Russ.)

9. Bratus B.S. Urovni razvitiya smyslovoj sfery lichnosti [Levels of development of the semantic sphere of personality]. *Obščhaya teoriya smysla, psihologičeskie koncepcii smysloobrazovaniya, smyslodidaktika* [General theory of meaning, psychological concepts of meaning formation, meaning didactics]. Anthology. Ed. : I.V. Abakumova, P.N. Ermakov, I.A. Rudakova. Moskva. 2014. P. 135–146. (In Russ.)

10. Vajsfeld I.V. Formirovanie obščhestvenno-političeskogo mneniya v strane, kommunikativnye aspekty sovremennyh mediaplatform [Formation of public political opinion in the country, the communicative aspects of modern media platforms]. *Elektronnyj naučnyj žurnal «Mediaskop»* [Electronic scientific journal «Mediascope»]. Moskva. 2012. N 1. <http://www.mediascope.ru/node/1034>. (In Russ.)

11. Vasina V.V., Novikova O.N. Učet psihologičeskikh faktorov v prepodavanii inostrannogo yazyka [Consideration of psychological factors in foreign language teaching]. *Vestnik Udmurtskogo universiteta. Filosofija. Sociologija. Psihologija. Pedagogika* [Herald of Udmurt University. Philosophy. Sociology. Psychology. Pedagogy]. 2013. N 3. Pp. 64–71.

12. Vysockaya Yu.S. Znachimoe otsustvie: metafory pustoty v proze O. Mandelštama («Egipetskaya marka») [The lack of Meaningful: metaphors of emptiness in the prose of Osip Mandelstam ("the Egyptian stamp")]. *Vestnik ChGPU. Filologija i iskusstvovedenie* [Vestnik of Chelyabinsk state pedagogical University. Philology and art criticism]. 2012. N 2. Pp. 195–207. (In Russ.)

13. Godunov M.V., Abakumova I.V., Enin A.L., Generdukaeva Z.Sh. Strategii smysloobrazovaniya: sovremennyye predstavleniya v rabotah otechestvennykh issledovatelej: uchebnoe posobie [Strategies of meaning formation: modern ideas in the works of domestic researchers: textbook]. Moskva. 2016. 38 p. (In Russ.)

14. Gomboeva M.I., Doshidorzhieva B.V. Lakuna v usloviyah transgranichnogo vzaimodejstviya [Desideriamo gap in terms of cross-border cooperation]. *Gumanitarnyj vektor. Seriya: Filosofiya, kulturologiya* [Humanitarian vector. Series: Philosophy, cultural studies]. 2012. N 3. Pp. 145–151. (In Russ.)

15. Goncharova E.N. Koncept uspekh/success v russkoj i amerikanskoj lingvo-kul'turah: istoriko-etimologicheskij aspekt [The concept of success/success in the Russian and American linguistic cultures: a historical-etymological aspect]. *Vestnik Adygejskogo gos. universiteta* [Bulletin of Adyghe state University]. 2016. N 2 (177). Pp. 49–53.

16. Gurevich L.S. Krivoe zerkalo kommunikacii: kto vinovat v kommunikativnom dissonanse? [Crooked mirror of communication: who is to blame for communicative dissonance?] *Sovremennyyj uchenyj* [Modern scientist]. 2019. N 1. Pp. 212–217. (In Russ.)

17. Kislyakova E.Yu. Detskaya teleperedacha kak «lingvoekologicheskaya diversiya» [Children's TV show as "linguo-ecological diversion"]. *Izvestiya VGPU. Filologicheskie nauki* [News VSPU. Philological science]. 2019. N 4 (137). Pp. 247–252.

18. Kondakov I.V. Kulturogenез istoricheskikh povorotov [Cultural Genesis of historical turns]. *Istoricheskie povoroty kultury: k 70-letiyu professora I.V. Kondakova* [Historical turns of culture: to the 70th anniversary of professor I.V. Kondakov]. Ed. : O.N. Astafieva. Moskva. 2018. Pp. 61–66. (In Russ.)

19. Kuzmina O.V., Markov A.P. Antropocentrirovannyj harakter reklamnog diskursa [Anthropocentric nature of advertising discourse]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. Elektronnyj nauchnyj zhurnal* [Modern problems of science and education. Electronic scientific journal]. 2013. N 4. [Elektronnyj resurs]. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=9702>. (In Russ.)

20. Leontev D.A. Psihologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj realnosti [Psychology of meaning: nature, structure and dynamics of meaning reality]. Moskva. 2007. 511 p. (In Russ.)

21. Leontev D.A. Samoregulyaciya, resursy i lichnostnyj potencial [Self-regulation, resources and personal potential]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2016. N 62. Pp. 18–37. (In Russ.)

22. Majdanov A.S. Konstruirovaniye metafor i mifov i ih istolkovanie [Construction of metaphors and myths and their interpretation]. *Filosofskaya mysl. Elektronnyj jurnal* [Philosophical thought. Electronic resource]. 2015. N 4. Pp. 79–225. [http://e-notabene.ru/fr/article\\_15298.html](http://e-notabene.ru/fr/article_15298.html). (In Russ.)

23. Nazaretyan A.P. Globalnoe prognozirovaniye v svete megaistorii i sinergietiki: ocherki istorii budushchego (k 200-letiyu Instituta vostokovedeniya RAN) [Global forecasting in the light of megahistory and synergetics: essays on the history of the future (to the 200th anniversary Of the Institute of Oriental studies)]. Moskva. 2018. 255 p.

24. Nesterenko I.E. Psikhologo-didakticheskiye osobennosti formirovaniya smyslovykh ustanovok starsheklassnikov v uchebnom protsesse [Psychological and

didactic features of the formation of semantic attitudes of high school students in the educational process] : Diss. PhD Psychol. Sci. Rostov-na-Donu. 2009. 198 p. (In Russ.)

25. Pisanova T.V. Polisubektnaya geterogenost i polifonichnost massmedia [Polysubject heterogeneity and polyphony of mass media]. *Prostranstva kommunikacii Ispanii i Latinskoj Ameriki: mnogoyazychie, literatura, tradicii perevoda. Monografiya* [Communication Spaces of Spain and Latin America: multilingualism, literature, translation traditions. Monograph]. Moskva. 2019. Pp. 122–134. (In Russ.)

26. Pitina S.A. Mezhkulturnyj kommunikativnyj dissonans v lingvistike povednevnosti [Intercultural communicative dissonance in linguistics of everyday life]. *Integracionnye processy v sovremennom obrazovanii: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii* [Scientific. Conf. Proceeding. Integration processes in modern education]. Chelyabinsk. 2018. Pp. 54–56. (In Russ.)

27. Postevaya E. V. Yumoristicheskij effekt v dramaticheskikh dialogah: parados i dissonans mezhdru replikami personazhej [Humorous effect in dramatic dialogues: paradox and dissonance between replicas of characters]. *Aktualnye problemy filologii i pedagogicheskoy lingvistiki* [Actual problems of Philology and pedagogical linguistics]. 2017. N 4 (28). Pp. 167–177. (In Russ.)

28. Pohepcov G.G. Informacionnye vojny: novyj instrument politiki [The Information war: a new policy tool]. Moskva. 2015. 256 p. (In Russ.)

29. Sladkovskij S.A. Cennostnyj dissonans i sovremennaya rossijskaya zhurnalistika [Axiological dissonance and modern Russian journalism]. *Vestnik SPbGU. Seriya 9. Filologiya. Vostokovedenie. Zhurnalistika* [Bulletin St. Petersburg University. Series 9. Philology. Orientalism. Journalism]. 2011. N 4. Pp. 226–236. (In Russ.)

30. Festinger L. Teoriya kognitivnogo dissonansa. (Seriya: Klassika psihologii) [A theory of cognitive dissonance]. Moskva. 2018. 256 p. (In Russ.)

Received 19.10.2019

**For citing.** Abakumova I.V., Godunov M.V. Smy'slovoj dissonans kak psixologicheskaya problema. *Vestnik psikhoterapii*. 2019. N 72. Pp. 113–131. **(In Russ.)**

Abakumova I.V., Godunov M.V. Meaning dissonance as a psychological problem. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2019. N 72. Pp. 113–131.

## ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МУЖЧИН С АКНЕ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);  
<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия В. о., д. 8а).

Проведен анализ динамики личностных особенностей качества жизни и личностных особенностей пациентов мужчин больных акне на фоне лечения. Обследовано 98 больных мужского пола в возрасте 15–18 лет с тяжелой и средне-тяжелой формой акне, которые принимали изотретиноин. Заболевание акне существенно влияет на психоэмоциональное состояние и может приводить к психологическим проблемам. Через 3 и 6 месяцев после начала лечения определяется значимое уменьшение количества элементов сыпи, отмечается увеличение эмоциональной стабильности и показателя самоконтроля, улучшается качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** акне, качество жизни, личностные особенности, психологический статус, изотретиноин.

### Введение

В своей практической деятельности врачи многих специальностей встречаются с акне – заболеванием, являющимся социально значимой проблемой, нередко приводящей к психологическим расстройствам в пубертатном периоде и нарушениям адаптационной способности людей в обществе [2, 3, 10].

Акне (угревая болезнь, *acnevulgaris*) – заболевание кожи, для которого характерно хроническое, рецидивирующее гнойное воспаление сальных желез. Это заболевание преимущественно лиц молодого возраста – им страдает до 80 % населения в возрасте от 12 до 25 лет. Оно сопровождается появлением высыпаний на лице, что вызывает выраженный психиче-

---

Волкова Светлана Владимировна – ассистент каф. кожных и венерических болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail:svbolcova@mail.ru;

Стаценко Анатолий Васильевич – д-р мед. наук, ассистент каф. кожных и венерических болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail:statsenko-a@mail.ru;

✉ Черная Юлия Валерьевна – врач-ординатор каф. инфекц. болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии, Санкт-Петербургский гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия В. о., д. 8а), e-mail:juliy\_black@mail.ru.

ский и физический дискомфорт, влияет на психоэмоциональное состояние [6, 9].

### **Материалы и методы**

Цель работы: оценить динамику качества жизни и личностных особенностей пациентов мужчин больных акне на фоне лечения.

Обследовано 98 больных мужского пола. Критериями включения были: возраст обследуемых – 14–18 лет; степень тяжести заболевания – средняя, средне-тяжелая, тяжелая; форма заболевания – комедональная, папуло-пустулезная и конглобатная. Все больные принимали изотретиноин в курсовой дозе. Кроме этого, применялись средства ухода (гель для сухой кожи и питательный крем). В целях объективизации результатов в исследование не включались лица, имеющие выраженную сопутствующую соматическую патологию. В работе использовались следующие методики.

Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Представляет собой таблицу с 30 парами слов, отражающих особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение). На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала [8].

Определение влияния акне на качество жизни осуществлялось с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Русифицированный вариант опросника ДИКЖ предложен Н. Кочергиным. Пациенты отвечали на 10 вопросов, характеризующих профессиональные, бытовые, сексуальные, социальные аспекты жизни. Проводилась балльная оценка показателя [4, 5].

Для оценки индивидуально-психологических особенностей личности использовался стандартизованный многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла. Адаптированный русскоязычный вариант состоит из 187 вопросов и оценивает личность по 16 факторам [1].

Сравнивались показатели пациентов до начала лечения, через 1, 3 и 6 месяцев после начала лечения, а также показатели одного и того же периода у всех пациентов.

Для статистической обработки была сформирована база данных, включающая признаки и переменные по каждому обследованному. При нормальном распределении показатели оценивались с помощью параметрических методов. Параметрические критерии (t-критерий Стьюдента) использованы при исследовании интервальных шкал в выборках с нормальным распределением. Различия оценивали с помощью двухстороннего

критерия и считали их статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Одним из критериев эффективности терапии акне является снижение числа или полное исчезновение элементов сыпи [7]. В связи с этим был проведен статистический анализ динамики средних значений численности различных элементов сыпи у пациентов в процессе лечения.

В результате проведенного анализа установлено, что к 30-му дню от начала лечения у пациентов отмечается тенденция к снижению числа всех определявшихся элементов сыпи. Однако достоверных отличий средних значений числа различных элементов сыпи по сравнению с аналогичным показателем до начала лечения обнаружено не было (табл. 1).

Таблица 1  
Средние значения числа элементов сыпи у больных на фоне терапии,  
( $X \pm m$ ,  $n = 98$ )

Элементы сыпи	Среднее количество высыпаний на коже, шт.			
	До начала лечения	После 1 месяца лечения	После 3 месяцев лечения	После 6 месяцев лечения
Закрытые комедоны	$11,8 \pm 0,3$	$10,4 \pm 0,1$	$8,2 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,3^*$
Открытые комедоны	$22,3 \pm 0,4$	$17,2 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,3^*$	$1,1 \pm 0,2^*$
Папулы	$24,3 \pm 0,1$	$18,8 \pm 0,3$	$5,6 \pm 0,3^*$	$1,2 \pm 0,3^*$
Пустулы	$14,7 \pm 0,4$	$11,6 \pm 0,3$	$2,9 \pm 0,2^*$	0
Узлы	$2,4 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,3$	0	0

Примечание: \* – достоверное различие показателей со значениями до начала терапии ( $p < 0,05$ ).

Подсчет числа элементов сыпи, проведенный через 3 месяца от начала терапии, показал статистически значимое по сравнению с периодом до начала лечения снижение числа открытых комедонов, закрытых комедонов, папул, пустул и узлов ( $p < 0,05$ ). При этом узлы как элементы сыпи к этому периоду лечения уже исчезли.

При подсчете числа элементов сыпи, проведенном спустя 6 месяцев от начала терапии, у пациентов обнаружено дальнейшее, статистически достоверное снижение числа элементов сыпи по сравнению с периодом до начала лечения: открытых комедонов, закрытых комедонов и папул ( $p < 0,05$ ).

При оценке субъективного состояния и качества жизни у больных акне в процессе лечения выявлена положительная динамика показателей (табл. 2).

Таблица 2

Показатели субъективного состояния и качества жизни у больных акне в процессе лечения, ( $\bar{X} \pm m$ , n = 98)

Параметр, ед. измер.	До начала лечения	После 1 месяца лечения	После 3 месяцев лечения	После 6 месяцев лечения
Жалобы, кол-во	$6,5 \pm 0,9$	$4,4 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,4^*$	$0,7 \pm 0,5^*$
Самочувствие, усл. ед.	$3,5 \pm 0,8$	$4,8 \pm 0,6^*$	$5,1 \pm 0,3^*$	$5,0 \pm 0,7^*$
Активность, усл. ед.	$3,7 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,7$	$5,2 \pm 0,4^*$	$5,2 \pm 0,6^*$
Настроение, усл. ед.	$2,8 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,5^*$	$4,9 \pm 0,2^*$	$5,1 \pm 0,6^*$
ДИКЖ, баллы	$22,4 \pm 2,9$	$7,8 \pm 1,4^*$	$6,7 \pm 0,8^*$	$2,4 \pm 0,5^*$

Примечание: \* – различия параметров достоверны по сравнению со значениями до лечения ( $p < 0,05$ ).

Через месяц лечения отмечается снижение общего количества жалоб. Обследование по методике САН показало улучшение характеристик в ходе проведенного лечения: показатели самочувствия улучшились по сравнению с данными на момент начала лечения в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), активность – в 1,1 раза, настроения – в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Заболевание акне оказывает значительное влияние на качество жизни, вызывая физический и психологический дискомфорт. Так, значение ДИКЖ до лечения составляло  $22,4 \pm 2,9$  балла, что свидетельствует о чрезвычайно сильном влиянии на жизнь пациента. Значение показателя ДИКЖ через месяц после начала лечения снизилось в 2,9 раза ( $p < 0,05$ ), что свидетельствовало о выраженном положительном результате лечения.

Показатели личностных особенностей пациентов, страдающих акне, а также их динамика в процессе лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели теста Кеттелла у больных на фоне терапии, (стены,  $X \pm m$ ,  $n = 98$ )

Факторы	До лечения	После 3 месяцев лечения	После 6 месяцев лечения
А (обособленный – общительный)	5,2 ± 0,3	6,2 ± 0,3*	6,5 ± 0,3*
В (оперативность мышления)	6,6 ± 0,2	6,4 ± 0,5	6,6 ± 0,2
С (слабость Я – сила Я)	5,1 ± 0,2	6,4±0,3*	6,4 ± 0,2*
Е (конформность – доминантность)	4,3 ± 0,2	4,5±0,2	4,3 ± 0,2
F (сдержанность – экспрессивность)	6,1 ± 0,2	6,9 ± 0,2*	6,1 ± 0,4
G (низкое супер-эго – высокое супер-эго)	6,8 ± 0,2	6,5 ± 0,3	6,6 ± 0,2
Н (нерешительность – предприимчивость)	6,1 ± 0,3	5,2±0,4	6,3 ± 0,3
I (суровость – мягкосердечие)	3,9 ± 0,3	4,5±0,3	3,9± 0,4
L (доверчивость – подозрительность)	6,3 ± 0,2	5,5 ± 0,3	6,1 ± 0,2
М (практичность – идеалистичность)	6,3 ± 0,3	6,1 ± 0,4	6,1 ± 0,3
N (прямолинейность – дипломатичность)	5,6 ± 0,3	5,0 ± 0,3	5,0 ± 0,3
О (самоуверенность – самокритичность)	7,3 ± 0,3	7,0 ± 0,3	7,1 ± 0,3
Q <sub>1</sub> (консерватизм – радикализм)	4,5 ± 0,3	5,1 ± 0,3	5,1 ± 0,3
Q <sub>2</sub> (зависимость от группы – самодостаточность)	4,7 ± 0,3	4,4 ± 0,3	4,8 ± 0,3
Q <sub>3</sub> (низкий – высокий самоконтроль)	4,8 ± 0,2	5,6 ± 0,3*	7,7 ± 0,2*
Q <sub>4</sub> (низкая – высокая эго-напряженность)	3,9 ± 0,2	4,1 ± 0,3	3,8 ± 0,2

Примечание: \* – достоверное различие с показателем до лечения ( $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ результатов опроса пациентов по опроснику Кеттелла выявил следующую динамику их личностных особенностей в процессе лечения:

– средняя величина фактора А достоверно повышалась к 3-му месяцу начала лечения и через 6 месяцев после начала лечения ( $p < 0,05$ );



– средняя величина фактора С достоверно росла к 3-му месяцу от начала лечения и через 6 месяцев продолжала оставаться на достоверно более высоком уровне от исходной величины фактора ( $p < 0,05$ );

– средняя величина фактора F достоверно возрастала от исходной величины к 3-му месяцу от начала лечения, а к периоду через 6 месяцев после начала лечения вновь возвращалась к исходному уровню показателя, достоверно от него не отличаясь;

– средние величины фактора Q<sub>3</sub> достоверно возрастали от исходной величины к 3-му месяцу от начала лечения, а через 6 месяцев после начала лечения его значение выросло в 1,6 раза.

Таким образом, по сравнению с исходными показателями у пациентов после лечения были достоверно выше значения факторов А, С, F, Q<sub>3</sub>, что свидетельствует об увеличении эмоциональной стабильности.

Значения фактора E определяют большее стремление к комфорности. Однако у испытуемых наблюдаются невысокие показатели по этому фактору.

Показатели фактора Q<sub>3</sub> (самоконтроль) характеризуют состояние больных после лечения как достигших адаптацию по данным психологического обследования.

### **Заключение**

Заболевание акне существенно влияет на психоэмоциональное состояние и может приводить к психологическим проблемам, психовегетативным нарушениям. Лицо способно выражать эмоции и играет важнейшую роль в невербальной коммуникации.

В исследовании проведен анализ динамики психологических характеристик пациентов, страдающих акне, под влиянием курса лечения препаратом изотретионин. Через месяц лечения, несмотря на незначительную положительную динамику в уменьшении количества элементов сыпи, отмечается улучшение психологического состояния пациентов. Это проявилось в снижении общего количества жалоб, улучшении самочувствия, активности, настроения. Подтверждением этого стала положительная динамика дерматологического индекса качества жизни. Через 3 и 6 месяцев после начала лечения определяется значимое уменьшение количества элементов сыпи, отмечается увеличение эмоциональной стабильности и показателя самоконтроля, улучшается качество жизни пациентов.

Таким образом, монотерапия изотретионином больных акне комедональной, папуло-пустулезной и конглобатной форм приводит к нормали-

защиты кожных покровов и способствует улучшению психологических показателей.

### Литература

1. Батаршев А.В. Диагностика темперамента и характера.– СПб. : Питер, 2007. – 368 с.
2. Голоусенко И.Ю. Качество жизни и психологический статус женщин с акне // Дерматология в России. – 2018. – № 51. – С. 45–48.
3. Давудова У.Н. Оценка восприятия стресса у студентов и школьников с заболеванием акне // Авиценна. – 2019. – № 39. – С. 33–35.
4. Каурова Т.В., Микиртичан Г.Л. Опыт изучения качества жизни подростков, страдающих хроническими дерматозами // Медицина и организация здравоохранения. – 2019. – Т. 4, № 1. – С. 10–16.
5. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 4. – С. 11–15.
6. Прохоров Д.В., Малев А.Л., Захарова А.Н. [и др.] Личностный профиль пациентов с угревой болезнью // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 54–56.
7. Стуканова Н.П. Дерматовенерология. – М. : КноРус, 2016. – 256 с.
8. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.
9. Dreno B. What is new in the pathophysiology of acne an overview // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2017. – Vol. 31, N 5. – P. 8–12.
10. Zaenglein A.L., Pathy A.L., Schlosser B.J. [et al.] Guidelines of care for the management of acne vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol. – 2016. – Vol. 74, N 5. – P. 945–973.

Поступила 30.11.2019

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

**Для цитирования.** Волкова С.В., Стаценко А.В., Черная Ю.В. Динамика психологического статуса мужчин с акне в процессе лечения // Вестн. психотерапии. 2019. № 72 (77). С. 132–140.

---

### DYNAMICS OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF MEN WITH AKNE IN THE PROCESS OF TREATMENT

Volkova S.V.<sup>1</sup>, Statsenko A.V.<sup>1</sup>, Chernaya Yu.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kirov Military Medical Academy  
(Akademica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia);  
<sup>2</sup> Saint-Petersburg State University  
(21 st Line, 8a, Saint-Petersburg, Russia).

Svetlana Vladimirovna Volkova – assistant of the department of skin and venereal diseases, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: svbolcova@mail.ru;

Anatoly Vasilevich Statenko – Dr. Med. Sci., assistant of the department of skin and venereal diseases, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: statenko-a@mail.ru;

✉ Yulia Valerievna Chernaya – resident doctor of the Department of Infectious diseases, epidemiology and dermatovenerology, St. Petersburg State University (21st Line, 8a, Saint-Petersburg, 199034, Russia), e-mail: juliy\_black@mail.ru.

**Abstract.** The dynamics of personal features of quality of life and personal features of patients of male acne patients were analyzed against the background of treatment. 98 patients aged 15–18 males with severe and medium-severe acne were examined and took isotretinoin. Acne disease significantly affects the psychoemotional state and can lead to psychological problems. 3 and 6 months after the beginning of treatment, a significant decrease in the number of rash elements is determined, there is an increase in emotional stability and self-control index, and the quality of life of patients is improved.

**Key words:** akne, quality of life, personality features, psychological status, isotretinoin.

### References

1. Batarshv A.V. Diagnostikatemperamentaiharaktera [Diagnosis of temperament and character]. Sankt-Peterburg. 2007. 368 p. (In Russ.)
2. Golousenko I.Yu. Kachestvo zhizni i psihologicheskij status zhenshin s akne [Quality of life and psychological status of women with akne]. *Dermatologiya v Rossii* [Dermatology in Russia]. 2018. N 51. Pp. 45–48. (In Russ.)
3. Davudova U.N. Ocenka vospriyatiya stressa u studentov i shkolnikov s zabolevaniem akne [Assessment of stress perception in students and schoolchildren with acne]. *Avicenna* [Avicenna]. 2019. N 39. Pp. 33–35. (In Russ.)
4. Kurova T.V., Mikirtichan G.L. Opyt izucheniya kachestva zhizni podrostkov, stradayushih hronicheskimi dermatozami [Experience in Studying the Quality of Life of Adolescents Suffering from Chronic Dermatitis]. *Medicina i organizaciya zdravooxraneniya* [Medicine and Health Care Organization]. 2019. Vol. 4, N 1. Pp. 10–16. (In Russ.)
5. Kochergin N.G., Smirnova L.M. Dermatologicheskoe kachestvo zhizni kak psihosomaticheskij symptom dermatoz [Dermatological quality of life as a psychomatic symptom of dermatosis]. *Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej* [Russian Journal of Skin and Venereal Diseases]. 2006. N 4. Pp. 11–15. (In Russ.)
6. Prohorov D.V., Malev A.L., Zaharova A.N. [et al.] Lichnostnyjprofilpacientov s ugrevojboleznyu [Personal profile of patients with acne disease]. *Tavricheskiy*

*mediko-biologicheskij vestnik*[Tavric Medical and Biological Journal]. 2018. Vol. 21, N 4. Pp. 54–56. (In Russ.)

7. Stukanova N.P. Dermatovenerologiya [Dermatovenerology]. Moskva. 2016. 256 p.(In Russ.)

8. Doskin V.A., Lavrenteva N.A., Miroshnikov M.P., Sharaj V.B. Test differencirovannoj samoocenki funkcionalnogo sostoyaniya [Test of differentiated self-assessment of functional state]. *Voprosy psihologii* [Issues of psychology]. 1973. N 6. Pp. 141–145. (In Russ.)

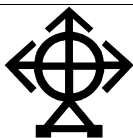
9. Dreno B. What is new in the pathophysiology of acne an overview. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017. Vol. 31, N 5. Pp. 8–12.

10. Zaenglein A.L., Pathy A.L., Schlosser B.J. [et al.] Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2016. Vol. 74, N 5. Pp. 945–973.

Received 30.11.2019

**For citing:** Volkova S.V., Stacenko A.V., Chernaya Yu.V. Dinamika psixologicheskogo statusa muzhchin s akne v processe lecheniya. *Vestnik psixoterapii.* 2019. N 72. Pp. 132–140. **(In Russ.)**

Volkova S.V., Statsenko A.V., Chernaya Yu.V. Dynamics of psychological status of men with akne in the process of treatment. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2019. N 72. Pp. 132–140.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

### Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. **На 2 полугодие 2020 г. подписка будет проводиться по объединенному каталогу «Пресса России» (индекс–15399)**. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий**, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

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

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся 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 – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

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

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)



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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – 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 500 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 20.12.2019. Печать – цифровая.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 500 экз.  
Объем 7,88 п. л. Заказ 23416.