

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 52 (57)

Санкт-Петербург
2014

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург); Е.А. КОЛОТИЛЬЩИКОВА (Санкт-Петербург); И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург); Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург); М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург); Е.И. ЧЕХЛЯТЫЙ (Санкт-Петербург); В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2014
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2014

**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 52 (57)

St. Petersburg
2014

Editorial Board

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

Editorial Council

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. ALEKSANDROV (St. Petersburg);
G.V. AKHMETZHANOVA (Togliatti); R.M. GRANOVSKAYA (St.
Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); V.I. KURPATOV (St.
Petersburg); E.A. KOLOTILSCHIKOVA (St. Petersburg); I.B. LEBEDEV
(Moscow); S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg); N.G. NEZNANOV (St.
Petersburg); G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg); M.M. RESHETNIKOV (St.
Petersburg); E.I. CHEKHLATY (St. Petersburg); V.K. SHAMREY (St.
Petersburg)

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2014

© International Institute of Human Potential Abilities, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Змановская Е.В., Маргошина И.Ю.

Концепция отношений как теоретико-методологическая основа изучения эмоционального выгорания в профессиональной деятельности 7

Воронин А.Н., Николаев Е.Л.

Личностные факторы профессиональной деятельности врача: аналитический обзор 23

Тулупьева Т.В., Тулупьев А.Л., Ющенко Н.А.

Проявление ценностных ориентаций пользователей социальных сетей в контенте персональных страниц (на примере сети «В контакте») 37

Усманова Е.Б.

Психологическая адаптация к болезни пациентов со злокачественными новообразованиями костей 51

Рыбников В.Ю., Градскова У.И.

Многомерный анализ социально-психологических факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста 59

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Федоров Я.О., Семенова Н.В., Буланов К.Л.

Опыт преподавания психотерапевтической дисциплины в формате семинара-практикума с использованием обратной связи 67

Хавыло А.В.

Социально-психологические проблемы жизнедеятельности и стрессовые реакции населения, проживающих на радиоактивно загрязненных территориях России после аварии на Чернобыльской АЭС 80

Решетников М.М.

Российско-украинские отношения – психоисторический подход 92

ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Алехин А.Н., Литвиненко О.А.

Онтогенетические предпосылки особенностей бреда при эндогенном психозе 104

Шульц Е.В., Васильева А.В., Караваява Т.А., Полторац С.В.

Клинико-электроэнцефалографическое исследование затяжных форм невротических и эндогенных тревожно-депрессивных расстройств 115

ПСИХОЛОГИЯ И ДЕВИАНТОЛОГИЯ

Малкова Е.Е., Наумова А.А.

Особенности межличностных отношений подростков-девиантов 130

Черепкова Е.В., Гуревич К.Г., Чухрова М.Г., Антонов А.Р.

Особенности социально-психологической адаптации подростков, совершивших правонарушения, в зависимости от наличия среди близких родственников осужденных преступников 139

Информация о журнале 149

CONTENTS

MEDICAL PSYCHOLOGY

Zmanovskaya E.V., Margoshina I.Y.

The Concept relations as a theoretical-methodological basis of the study of emotional burnout 7

Voronin A.N., Nikolaev E.L.

Physician's personal factors of professional activity: an analytic review 23

Tulupyeva T.V., Tulupyev A.L., Yushchenko N.A.

Social networks users' value orientations expression in personal pages content (based on "V Kontakte" network) 37

Usmanova E.B.

Psychological adjustment to disease in patients with malignant bone tumor 51

Rybnikov V.Y., Gradskova U.I.

Multidimensional analysis of socio-psychological risk factors for suicidal behavior in men and women of working age 59

PSYCHOTHERAPY AND EXTREME PSYCHOLOGY

Fedorov Y.O., Semenova N.V., Bulanov K.L.

Experience of teaching group psychotherapy in the format of workshop with feedback 67

Khavylo A.V.

Social and psychological problems of people's activity and their stressful reactions caused by the accident on the Chernobyl Nuclear Power Plant in polluted areas of Russia 80

Reshetnikov M.M.

Russian-Ukrainian relations – psychohistorical approach 92

PSYCHIATRY AND PATHOPSYCHOLOGY

Alekhin A.N., Litvinenko O.A.

Ontogenetic precondition of delusion structure at endogenous psychosis 104

Shults E.V., Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V.

Clinical and electroencephalographic study of the prolonged forms of neurotic and endogenous depression-anxiety disorders 115

PSYCHOLOGY AND DEVIANTOLOGY

Malkova E.E., Naumova A.A.

The Characteristics of Interpersonal Relations of Deviant Teenagers 130

Cherenkova E.V., Gurevich K.G., Chukhrova M.G., Antonov A.R.

Features of the socio-psychological adaptation of adolescents who committed offenses, depending on the presence among close relatives of convicted criminals 139

Information about the Journal 149

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 314.5 : 159.9.072

Е.В. Змановская, И.Ю. Маргошина

КОНЦЕПЦИЯ ОТНОШЕНИЙ КАК ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы
(Россия, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А).

На основе литературных данных сформулированы актуальные проблемы исследований профессионального выгорания. Дана характеристика различных подходов в изучении профессионального выгорания. Обоснована концепция отношений как теоретико-методологическая основа изучения феномена выгорания. Представлен сравнительный анализ специфики проявления синдрома эмоционального выгорания с использованием методики В. Бойко. Выявлено, что психологи больше, чем врачи общей практики, подвержены риску формирования синдрома эмоционального выгорания. В ходе интервью выявлено, что деятельность психологов характеризуется более выраженными проявлениями выгорания вследствие более интенсивного взаимодействия и чрезмерной эмоциональной вовлеченности в проблемы клиентов.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, синдром эмоционального выгорания, концепция отношений, социономические профессии, чрезмерная эмоциональная вовлеченность, мотивационно-эмоциональные нарушения.

Введение

В конце 1970-х годов американский психиатр Герберт Фейденбергер, изучая представителей помогающих профессий, описал картину нарастающего эмоционального истощения, названного им «синдромом профес-

Змановская Елена Валерьевна – д-р психол. наук проф., ст. науч. сотр. отд. психол. исслед. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: evz-spb@mail.ru;

Маргошина Инна Юрьевна – канд. психол. наук, доцент каф. консультативной психологии, психологии здоровья и развития Санкт-Петерб. гос. ин-та психол. и соц. работы (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А); e-mail: inna_che@rambler.ru.

сионального выгорания» (burnout) [16]. За прошедшие 40 лет термин «профессиональное выгорание» получил широкое распространение и, одновременно с этим, самое разнообразное толкование. В современных зарубежных и отечественных публикациях в качестве содержательных аналогов понятия «профессиональное выгорание» используются десятки различных терминов. Наибольшее распространение получили концепты: синдром профессионального выгорания [16, 12], синдром выгорания [3, 15], психическое выгорание [10, 11], синдром эмоционального выгорания [1]. Реже используются термины: хроническая усталость, психическое истощение, деморализация, прогрессивное эмоциональное истощение, эмоциональная отстраненность, истощение энергетических ресурсов вследствие чрезмерных требований, прогрессирующий процесс усталости и опустошенности личностных ресурсов, болезненная и личностно-деструктивная реакция на чрезмерный стресс, негативные изменения в профессиональных установках и поведении, профессиональная дезадаптация, профессионально-личностная деформация [2, 6, 8, 11, 12].

В наиболее общем виде под профессиональным выгоранием понимают любые негативные изменения в состоянии и личности человека, возникающие под влиянием длительно действующих профессиональных стрессоров [5]. В более узком значении профессиональное выгорание – это состояние эмоционального истощения, обусловленное влиянием профессиональных стрессоров [1]. Выделяют 3 группы факторов профессионального выгорания [6]: организационные (связанные с управлением и условиями работы); деятельностные (связанные с содержанием и характером деятельности); личностные (связанные с мотивационными и индивидуальными-психологическими особенностями специалиста).

Особую важность проблема выгорания приобрела в связи с изучением представителей социномических (помогающих) профессий, в частности психологов и врачей, чья деятельность связана одновременно с несколькими профессиональными стрессорами, в том числе с интенсивным межличностным взаимодействием и чрезмерной эмоциональной насыщенностью. Медицинская и психологическая деонтология предъявляют высокие требования к эмоционально-коммуникативным способностям специалиста, среди которых: эмпатия, сострадание, понимание и принятие негативных эмоций клиентов и пациентов, эмоциональная устойчивость, умение справляться с собственными сильными эмоциями [7]. Все это требует от специалиста максимальной эмоциональной вовлеченности и повышенного самоконтроля, что повышает риск развития синдрома выгорания.

По данным В.А. Петровского, 80 % врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов имеют признаки синдрома выгорания, а 7,8 % – резко

выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям [7]. Исследования также свидетельствуют о том, что у медицинских работников на фоне синдрома профессионального выгорания формируются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень тревожных расстройств, депрессии и суицидальных попыток, а также злоупотребление алкоголем и наркотиками [2, 6].

Разные авторы приводят различные количественные данные об уровне выраженности и частоте встречаемости синдрома выгорания у представителей одной и той же профессиональной группы. Например, анализ зарубежных публикаций за 1993–2012 гг. по проблеме профессионального выгорания у среднего медицинского персонала [4] выявил выраженные разногласия по вопросу о распространенности феномена профессионального выгорания: у разных исследователей процент медсестер, подтверждающих наличие у них признаков данного синдрома, варьировал от 10,7 до 50,0 %, ввиду чего авторы анализа сделали вывод о ведущей роли условий деятельности (организационных детерминант) на фоне менее выраженного личностного вклада [4].

В современных исследованиях профессионального выгорания отчетливо доминирует феноменологический, или симптомо-центрический, подход. Это означает, что данный феномен определяется и объясняется посредством составления списка его основных проявлений или симптомов. Выявленные признаки объединяются в гомогенные группы – в соответствии с этим различают одно-, двух- трех- и более факторные теории, акцентирующие внимание соответственно на одном, двух, трех или более компонентах выгорания.

На конференции в Сан-Франциско (Professionalburnout: Recent development sin the theory and research, 1993 г.) было принято решение о принятии в качестве ведущей трехкомпонентной модели К. Маслач и С. Джексона, включающую в свою структуру три группы признаков: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и редукцию личных достижений [15]. При этом под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к деятельности и объектам своего труда, уход от работы и эмоциональных контактов. Редукция профессиональных достижений связана со снижением ощущения компетентности и продуктивности работы.

Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) содержит рубрику, позволяющую идентифицировать феномен выгорания в рамках синдрома усталости: Z73 «Проблемы, связанные с

трудностями поддержания нормального образа жизни», код: Z73.0 – диагноз «переутомление (состояние истощения жизненных сил)» [8] .

Наряду с выделением ключевых симптомов выгорания, предпринимаются попытки концептуализации проблемы. В качестве исходной точки изучения негативных профессиональных феноменов рассматривается понятие стресса, предложенного Г. Селье в рамках концепции адаптационного синдрома [13]. Большинство исследователей так или иначе разделяют данный взгляд, связывая феномен выгорания с профессиональным стрессом или дезадаптацией к условиям деятельности. Признается, что негативный стресс (дистресс), вызывающий истощение и дезорганизацию личности, относится к ведущим факторам профессиональных рисков [2, 3]. Данная концепция широко распространена, однако она игнорирует ряд важных моментов, например тот факт, что в рамках одной и той же деятельности, при одних и тех же стрессорах и организационных условиях специалисты демонстрируют различные уровни адаптированности, успешности и эмоционального благополучия.

Другой проблемой исследований, выполненных на основе теории стресса, оказывается невозможность выйти за рамки внешних факторов и выявить все возможные психологические механизмы выгорания. Стандартно изучаются три характеристики, сопряженные со стрессом: индивидуальные копинг-стратегии (способы совладания со стрессом), индивидуальные копинг-ресурсы (психологические особенности, способствующие преодолению стресса) и уровень психической адаптации. Современные психологические исследования сфокусированы на данных параметрах, которые сами по себе носят констатирующий характер, обладают низкой объяснительной силой и невысоким коррекционным потенциалом.

Ряд авторов рассматривают выгорание преимущественно с эмоциональной точки зрения, используя для его обозначения более конкретное понятие «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ). Так, например, зарубежный исследователь С. Cherniss [14] и отечественный исследователь В.В. Бойко [1], характеризуют СЭВ как негативный процесс, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических ресурсов работающего человека. Данный подход отличается большей терминологической точностью и психологической содержательностью, что позволяет разрешить многие противоречия.

Одним из перспективных направлений в области исследования профессионального выгорания, на наш взгляд, является психодинамический подход, рассматривающий данный феномен в контексте бессознательной мотивации, неконструктивных паттернов взаимодействия и малопродуктивных психологических защит специалиста. По мнению ряда авторов,

профессиональному выгоранию психолога способствует прежде всего непродуктивная мотивация, детерминирующая нарушения в системе профессиональных отношений и эмоциональное истощение. Так, например, в число «истощающих» мотивов деятельности психолога входят: мотив спасателя (навязчивое стремление помогать людям в ущерб собственным интересам и брать на себя ответственность за их проблемы); стремление к доминированию и власти; потребность к сверхконтролю; нарциссическое стремление получать одобрение от клиентов/пациентов и «быть хорошим для всех»; агрессия и вытесненная враждебность к людям [5, 6].

Другим негативным фактором бессознательной динамики может выступать действие незрелых психологических защит специалиста в форме: отрицания своих проблем, проекции собственных переживаний на клиентов, ощущения всемогущества, обесценивания своей работы, агрессивной разрядки и прочего [5, 6, 7].

Одним из наиболее интересных подходов, признающих доминанту эмоционального фактора в системе выгорания, является концепция контрпереноса. В психоанализе «контрперенос» (контртрансфер) определяется как совокупность неосознаваемых эмоциональных реакций специалиста на перенос, воздействие и личность клиента (пациента). Неумение вовремя отразиться и эмоционально выразить такие реакции создает риск перенапряжения, ведущего в конечном итоге к симптоматике «синдрома эмоционального выгорания» [5].

Проведенный анализ литературных данных позволил выделить ряд актуальных научных проблем, связанных с темой профессионального выгорания. Термин «профессиональное выгорание» в целом является не слишком удачным, поскольку изначально фокусирует внимание на профессиональных условиях как ведущем факторе выгорания, не отражая психологической сути феномена. Этим обстоятельством могут объясняться существующая терминологическая путаница и многообразие концептуальных моделей. В результате термин используется в самых различных значениях. Это, в свою очередь, приводит к чрезвычайно широкому разбросу данных о степени распространения выгорания в одной и той же профессиональной группе.

Разделение теорий профессионального выгорания на однофакторные, двухфакторные и многофакторные также не может быть признано правомерным, поскольку ни одно психологическое явление не может быть вызвано только одной или двумя причинами, как правило, психологические феномены полидетерминированы.

Отсутствие единого понятийного аппарата и неразработанность теоретико-методологической базы затрудняют диагностику конкретных слу-

чаев и приводят к противоречивым исследовательским результатам. Обзор зарубежных и отечественных публикаций убедительно свидетельствует о необходимости конкретизации и концептуализации понятия профессионального выгорания.

На наш взгляд, для феноменов, обозначаемых как «профессиональное выгорание», более обосновано использование понятия «эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности» (далее мы будем применять данные термины как синонимы). В качестве наиболее адекватной концептуальной основы для изучения профессионального выгорания мы рассматриваем теорию отношений В.Н. Мясищева, согласно которой ведущее значение в жизнедеятельности личности имеет система ее отношений (избирательных эмоционально-ценностных связей) – отношений к себе, к деятельности, к другим людям, к миру [9].

Применение концепции отношений к феномену выгорания позволило нам конкретизировать ряд теоретических положений. В контексте данной парадигмы профессиональное выгорание представляет собой нарушения в системе отношений личности в процессе профессиональной деятельности. Феномен профессионального выгорания прежде всего распространяется на представителей коммуникативно-помогающих профессий: социальных работников, врачей, педагогов, психологов и других специалистов, чья деятельность предполагает интенсивное эмоционально-личностное взаимодействие.

В феноменологии выгорания следует четко дифференцировать и одновременно рассматривать четыре группы явлений: 1) детерминирующие факторы; 2) диагностические признаки; 3) психологические механизмы; 4) негативные последствия (табл. 1).

Синдром профессионального выгорания формируется в результате конвергенции трех основных детерминант: 1) объективные условия (хроническое действие профессиональных стрессоров); 2) интерактивная или эмоционально-негативная профессиональная коммуникация; 3) индивидуально-психологические предикторы (индивидуально-психологические особенности, способствующие формированию выгорания). Личностными факторами риска выступают: непродуктивная профессиональная мотивация; нарушенные объектные отношения (субъективные репрезентации значимых фигур и паттерны отношений с ними); деструктивный стиль межличностных отношений; эмоциональные нарушения (высокий уровень тревоги, агрессии или депрессии).

Профессиональное выгорание проявляется как синдром мотивационно-эмоциональных нарушений и включает следующие группы признаков: 1) непродуктивная профессиональная мотивация и демотивация (на-

растающее негативное отношение к работе), 2) нарушенная коммуникация (дистанцирование, негативное или неадекватное отношение к клиентам/пациентам, коллегам); 3) профессиональная неуспешность (снижение продуктивности работы); 4) нарушения самооценки (по типу снижения или завышения); 5) эмоциональные нарушения (повышение уровня тревоги, депрессии, агрессии).

Таблица 1

Феноменология профессионального выгорания с позиций концепции отношений

Уровень проявлений	Содержание
Детерминирующие факторы	Профессиональные стрессоры Интерактивная или эмоционально-негативная профессиональная коммуникация Индивидуально-психологические предикторы
Диагностические признаки	Демотивация Нарушенная коммуникация Снижение продуктивности работы Нарушения самооценки (по типу снижения или завышения) Эмоциональные нарушения (повышение уровня тревоги, депрессии, агрессии)
Психологические механизмы	Психическое «заражение» Идентификация (уподобление) Малопродуктивные психологические защиты Индукция (самоподкрепление) негативных аффектов Деструкция и аутодеструкция (внешняя агрессия и саморазрушение)
Негативные последствия	Физическое переутомление Вегетативные, психосоматические и соматические расстройства Неврозы Аутодеструктивное (зависимое) и внешне деструктивное (агрессивное, асоциальное) поведение Деформация личности

Ведущими психологическими механизмами выгорания выступают: психическое заражение, идентификация (уподобление), малопродуктивные психологические защиты (проекция, отрицание, изоляция, обесценивание), индукция негативных аффектов (тревога, страх, депрессия, агрессия), деструкция и аутодеструкция (нарастание внешне агрессивных и саморазрушительных импульсов).

В качестве наиболее распространенных негативных последствий выгорания выступают: признаки физического переутомления; вегетативные, психосоматические и соматические заболевания (включая ощущение хронической усталости, нарушения сна, головные боли, заболевания желудочно-кишечного тракта и пр.); неврозы; аутодеструктивное зависимое поведение (пищевые нарушения, химические аддикции, нехимические зависимости); деструктивно-девиантное поведение (агрессия, конфликты, наси-

лие). Данные проявления не могут считаться непосредственными симптомами выгорания, поскольку являются неспецифическими для данного феномена и присутствуют в ряде других расстройств.

В результате длительного действия неблагоприятных факторов наблюдается следующая негативная динамика: дисбаланс в системе профессиональных отношений – формирование отдельных компонентов выгорания – сформированный синдром мотивационно-эмоционального выгорания – негативные последствия выгорания – деформация личности (устойчивые изменения личности, формирующиеся под влиянием профессиональной деятельности и распространяющиеся за ее пределы).

Материалы и методы

В целях конкретизации выдвинутых положений нами было проведено пилотажное исследование, включающее психодиагностическое обследование и стандартизированное интервьюирование врачей и психологов (80 человек).

В исследовании приняли участие врачи общей практики и психологи в количестве 80 человек, повышающие квалификацию в учреждениях медицинского и психологического профиля Санкт-Петербурга. По профессиональному критерию выборка была разделена на 2 группы. 1-ю группу составили врачи ($n = 40$), чья деятельность предполагает непосредственный коммуникативный контакт с пациентом: физиотерапевты ($n = 32$); мануальные терапевты ($n = 5$); стоматологи ($n = 3$). Мужчин было 19, женщин – 21, средний возраст – $(38,0 \pm 1,4)$ года, средний стаж работы – $(8 \pm 1,3)$ года. Во 2-ю группу вошли клинические психологи ($n = 40$), также осуществляющие свою деятельность в форме непосредственного контакта с пациентами. Мужчин было 11, женщин – 29, средний возраст – $(34 \pm 1,2)$ года, средний стаж работы – (7 ± 1) год.

Мы исходили из факта, что деятельность психологов и врачей общей практики схожа по объективным условиям, имеет общие профессиональные стрессоры. Более того, ряд обследуемых специалистов работали в одном и том же медицинском учреждении. Также нет оснований полагать, что психологи как профессиональная группа имеют более серьезные личностные нарушения, чем врачи общей практики. Все респонденты имеют высшее образование. Одновременно с этим выборки сопоставимы по возрасту, полу и стажу деятельности. Главным условием исследования было свести к минимуму влияние организационных, возрастных, половых и стажевых различий. В основе исследования лежало предположение о более высоком риске эмоционального выгорания у психологов в сравнении с врачами общей практики вследствие специфики деятельности, а именно –

в силу более сложного и напряженного характера профессионального взаимодействия.

На первом (психодиагностическом) этапе для оценки признаков выгорания применялась методика В. Бойко, которая, на наш взгляд, в большей степени, чем другие опросники, фокусируется на эмоциональных и динамических характеристиках выгорания. В методике выделяются три фазы (синдрома) выгорания и соответствующие им признаки.

I фаза – «Напряжение» (Н): 1) переживание психотравмирующих обстоятельств (Н-1); 2) неудовлетворенность собой (Н-2); 3) «загнанность в клетку» (Н-3); 4) тревога и депрессия (Н-4).

II фаза – «Резистенция» (Р): 1) неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (Р-1); 2) эмоционально-нравственная дезориентация (Р-2); 3) расширение сферы экономики эмоций (Р-3); 4) редукция профессиональных обязанностей (Р-4).

III фаза – «Истощение» (И): 1) эмоциональный дефицит (И-1); 2) эмоциональная отстраненность (И-2); 3) личностная отстраненность (деперсонализация) (И-3); 4) психосоматические и психовегетативные нарушения (И-4).

Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 баллов и менее – «не сложившийся» симптом; 10–15 баллов – «складывающийся симптом», 16 и более – «сложившийся»; симптомы с показателями 20 баллов и более относятся к «доминирующим» в фазе или во всей симптоматике нервно-психического напряжения. Суммарная оценка показателей по каждой фазе может варьироваться от 0 до 120 баллов: 36 баллов и менее – фаза не сформировалась; 37–60 баллов – фаза в стадии формирования; 61 балл и более – сформировавшаяся фаза синдрома эмоционального выгорания.

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 7.0. Результаты исследования проверены на нормальность распределения. Сравнительный анализ средних показателей симптомов выгорания проводился с использованием t-критерия Стьюдента, а сравнение сформированных групп симптомов – при помощи f-критерия Фишера.

На втором этапе исследования респонденты участвовали в стандартизованном интервью, в ходе которого врачам и психологам задавались стандартные вопросы в заданной последовательности. Интервью занимало от 20 до 40 мин и включало 10 вопросов, касающихся профессионального выгорания. Примеры вопросов: «Наблюдаете ли вы у себя признаки профессионального выгорания? Когда это началось? В чем это проявляется? Наблюдаете ли вы синдром выгорания у ваших коллег? В чем это проявля-

ется? Что могли бы вы посоветовать коллегам для предотвращения и преодоления профессионального выгорания?» и др. Полученные в ходе интервью данные подвергались содержательному анализу.

Результаты и их обсуждение

Количественные и качественные показатели симптоматики эмоционального выгорания по опроснику В. Бойко представлены в табл. 2.

Таблица 2
Данные средних оценок и сравнительного анализа у врачей и психологов

Фаза, синдром	Группа, (M ± m), балл		p <	Группа, сформированные симптомы, %		φ <
	1-я	2-я		1-я	2-я	
«Напряжение»	30,0 ± 2,3	55 ± 2,4	0,01	15,0	40,0	0,01
Н-1	10,3 ± 1,3	12,0 ± 1,0		27,5	27,5	
Н-2	5,6 ± 1,2	13,0 ± 1,0	0,01	10,0	35,0	0,01
Н-3	5,0 ± 1,0	15,4 ± 1,2	0,01	10,0	60,0	0,01
Н-4	8,3 ± 1,1	15,0 ± 1,2	0,01	17,5	47,5	0,01
«Резистенция»	41 ± 2,3	52,0 ± 3,4	0,01	17,5	20,0	
Р-1	13,0 ± 1,1	16,0 ± 1,0		22,5	47,5	0,01
Р-2	8,2 ± 1,0	11,1 ± 1,0	0,05	14,5	22,5	
Р-3	9,0 ± 1,3	13,0 ± 1,2		22,5	40,0	0,05
Р-4	11,1 ± 1,3	12,1 ± 1,0	0,01	20,0	32,5	
«Истощение»	32 ± 2,3	51,0 ± 2,3		2,5	22,5	0,01
И-1	8,0 ± 1,0	14,3 ± 0,9	0,01	10,0	42,5	0,01
И-2	7,2 ± 0,9	11,0 ± 0,9	0,01	7,5	27,5	0,01
И-3	7,0 ± 1,0	15,0 ± 1,1	0,01	7,5	35,0	0,01
И-4	11,0 ± 1,3	12,0 ± 1,0	0,01	22,5	22,5	

Представленные данные средних оценок свидетельствуют о том, что у врачей общей практики синдром эмоционального выгорания не оформлен по всем трем фазам. Фаза «Напряжение» не сформировалась. На стадии формирования находятся симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств» (Н-1). Доля сформированности этой фазы у врачей составляет 15%, а доминирующую часть из сформированных симптомов на данной фазе занимает симптом Н-1 (27,5%).

Фаза «Резистенция» у врачей находится на стадии формирования. В ней на стадии формирования находятся симптомы «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (Р-1) и «редукция профессиональных обязанностей» (Р-4). Общая доля сформированности этой фазы у врачей составляет 17,5 %, где ведущие места занимают симптомы «неадекват-

ное избирательное эмоциональное реагирование» (P-1) (22,5 %) и «личностная отстраненность» (P-3) (22,5 %). Фаза «Резистенция» доминирует в структуре выгорания врачей.

Фаза «Истощение» у врачей также не сформировалась. В ней большинство симптомов не выражено. Симптом «психосоматические и психовегетативные нарушения» (И-4) у врачей находится на стадии формирования. Общая доля сформированности этой фазы у врачей составляет 2,5 %, а среди сформировавшихся симптомов больший вес занимает указанный выше симптом И-4.

Таким образом, результаты обследования свидетельствуют о несформированности в группе врачей большинства признаков эмоционального выгорания, активном действии психологических защит в форме тенденции отрицания негативных эмоций и соматизации напряжения.

У психологов проявляется более неблагоприятная картина. Фаза «Напряжение» находится на стадии формирования, что свидетельствует о нарастающем эмоциональном напряжении. Сформированность этой фазы у психологов составляет 40 %, и в ней больше представлен симптом «загнанность в клетку» (P-3) (60 %). Фаза напряжения доминирует в структуре синдрома выгорания у психологов.

Фаза «Резистенция» у психологов также находится на стадии формирования. Причем симптом «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (P-1) уже сложился, в то время как остальные симптомы данной фазы находятся на стадии формирования. Удельный вес сложившейся фазы у психологов составляет 20 %, где среди сложившихся симптомов доминирует тот же симптом P-1 (47,5 %). Анализ симптомов фазы «Резистенция» позволяет говорить о нарушениях самооценки и застревании на негативных переживаниях.

Фаза «Истощение» также находится на стадии формирования со всем своим симптоматическим рядом. Доля сложившейся фазы у психологов составляет 22,5 %, где из сложившихся симптомов большую долю составляет симптом «эмоциональный дефицит» (И-1) (42,5 %).

При сравнении средних показателей симптоматики СЭВ между двумя группами специалистов при помощи критерия Стьюдента выявлены значимые различия по состоянию всех фаз: «Напряжение» ($p = 0,001$), «Резистенция» ($p = 0,007$), «Истощение» ($p = 0,004$). Самочувствие психологов хуже, чем у врачей. В фазе «Напряжение» у психологов, по сравнению с врачами, достоверно более выражены симптомы ($p \leq 0,01$): «неудовлетворенность собой» (И-2); «загнанность в клетку» (И-3); «тревога и депрессия» (P-4). В фазе «Резистенция» у психологов достоверно более высокие значения имеют симптомы ($p \leq 0,05$): «эмоционально-нравственная дез-

ориентация » (P-2) и «редукция профессиональных достижений» (P-4). В фазе «Истощение» психологи более, чем врачи, переживают «эмоциональный дефицит » (И-1), «эмоциональную отстраненность » (И-2), «деперсонализацию » (И-3) (все показатели при $p \leq 0,01$).

Таким образом, качественно-количественный анализ результатов психодиагностического обследования свидетельствует о том, что в группе психологов выявлены признаки нарастающего эмоционального напряжения и более высокий риск выгорания в сравнение с врачами. Поскольку психометрические методы констатируют только формальные различия без объяснения сути явления, для анализа содержательной стороны синдрома выгорания использовалось стандартизованное интервью.

На вопрос «Наблюдаете ли вы у себя признаки профессионального выгорания?» все респонденты единодушно ответили, что выгорание у них отсутствует. В то же время 2 врача и 10 психологов признали, что «наблюдают иногда в небольшой степени отдельные признаки выгорания». В качестве отдельных признаков выгорания респонденты назвали: нежелание идти на работу; желание уменьшить контакты с клиентами/пациентами и коллегами; ощущение бесполезности и бессмысленности своих усилий; физическую усталость, заикленность на каком-то переживании/мысли; сужение личных интересов и круга общения. Среди возможных причин синдрома выгорания были перечислены: чрезмерные нагрузки; формализм руководства; чрезмерные требования администрации и пациентов; ограниченные ресурсы; низкий уровень оплаты труда; трудные клиенты; конфликты и напряженные отношения в коллективе; семейные проблемы. В группе психологов были также названы такие факторы, как: вовлечение в негативные переживания пациентов; чрезмерное желание помочь клиентам; неадекватные представления администрации и пациентов о деятельности психолога; нарушение границ со стороны пациентов.

Одновременно с тем что респонденты отрицают выгорание у себя, они активно признают его проявление у своих коллег. На вопрос: «Наблюдаете ли вы синдром выгорания у ваших коллег?» 12 врачей и 32 психолога ответили утвердительно. По мнению данных респондентов, у их коллег проявляются следующие признаки выгорания: усиление конфликтности и агрессивности; непереносимость критики; отчуждение и замыкание в себе; равнодушие к работе и холодность к пациентам; манипулятивное или циничное обращение с пациентами; работоголизм (чрезмерная вовлеченность в работу); неадекватные поведенческие реакции; депрессивность или гипомания; сужение сферы личных и профессиональных интересов; злоупотребление табаком и алкоголем.

Полученные в ходе интервью данные свидетельствуют о наличии признаков выгорания у врачей общей практики и психологов на фоне их самоотрицания. Опрос показал, что в структуре профессионального выгорания психологов преобладают коммуникативно-эмоциональные нарушения, деструкции и аутодеструкции.

Для предотвращения и преодоления синдрома выгорания врачи и психологи предлагают использовать следующие меры: сокращение времени работы; организацию активного досуга; расширение круга общения вне работы; профессиональное обучение и профессиональный рост; личную психотерапию специалиста; супервизии и дебрифинг (групповое обсуждение профессиональных проблем).

Заключение

Анализ существующих литературных данных позволяет говорить об отсутствии понятийной согласованности и многообразии концептуальных подходов к изучению феномена профессионального выгорания.

Концепция отношений выступает адекватной теоретико-методологической базой для изучения феномена выгорания. Профессиональное выгорание целесообразно рассматривать как комплекс мотивационно-эмоциональных нарушений, формирующихся в ходе чрезмерно-интенсивного профессионального взаимодействия.

В феноменологии выгорания следует четко дифференцировать и одновременно рассматривать четыре группы явлений: 1) детерминирующие факторы; 2) диагностические признаки; 3) психологические механизмы; 4) негативные последствия.

Проведено исследование, в ходе которого выявлен большой риск профессионального выгорания у психологов в сравнении с врачами общей практики. Данная особенность связана с более напряженным и эмоционально-негативным общением психолога с клиентами, менее определенными профессиональными отношениями психолога.

В качестве перспективных исследований профессионального выгорания целесообразно рассматривать систему профессионально-личностных отношений специалиста: профессиональную мотивацию, стиль межличностного взаимодействия, отношения с коллегами и профессиональную поддержку, профожидания, самоотношение.

Литература

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб. [и др.] : Питер, 1999. – 105 с.
2. Березовская Л.Г., Слабинский В.Ю., Подсадный С.А. К вопросу о критериях риска развития «синдрома эмоционального выгорания» // Проблемы ис-

следования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. – Курск : КГУ, 2007. – С. 17–19.

3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.[и др.] : Питер, 2008 – 336 с.

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

5. Змановская Е.В. Проблема профессионального выгорания в работе с девиантным поведением: структурно-динамический подход // Вестн. психотерапии. – 2005. – № 14 (19). – С. 43–58.

6. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Профилактика профессионального выгорания и профессиональной деформации сотрудников органов внутренних дел // Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособие. – СПб. [и др.] : Питер, 2011. – С. 221–242.

7. Маргошина И.Ю. Профессиональная идентичность, механизмы саморегуляции и синдром профессионального выгорания у психологов и врачей // Учен. зап. С.-Петербурга. гос. ин-та психол. и соц. работы. – 2009. – № 2 (12). – С. 74.

8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10 : в 4 кн. – М. : Медицина, 2003. – 243 с.

9. Мясищев В.Н. Психология отношений. – М. : Ин-т практ. психологии, 1995. – 356 с.

10. Рукавишников А.А. Определение психического выгорания // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – С. 357–360.

11. Орел В.Е. Синдром психического «выгорания» личности. – М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005. – 330 с.

12. Самоукина Н.В. Синдром профессионального выгорания [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.7ya.ru/pub/article.aspx?id=4143>.

13. Селье Г. Стресс без дистресса. – М. : Прогресс, 1982. – 128 с.

14. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study // J. of Organizational Behavior. – 1992. – Vol. 13, N 1. – P. 1–11.

15. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout // J. of Occupational Behaviour. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.

16. Feudenberger H. J. Staff burn-out // J. of Social Issues. – 1974. – Vol. 30. – P. 159–165.

Zmanovskaya E.V., Margoshina I.Y. Konceptcija otnoshenii kak teoretiko-metodolo-gicheskaja osnova izuchenija yemocional'nogo vygoranija [The Concept relations as a theoretical-methodological basis of the study of emotional burnout]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 7–22.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia
(Russia, Saint-Petersburg, Academic Lebedeva Str. 4/2);

Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work
(Russia, Saint-Petersburg, 12 line of Vasilievsky Ostrov, 13, let A).

Zmanovskaya Elena Valer'evna – Dr. Psychol. Sci. Prof., Senior Researcher of psychological research The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academic Lebedeva Str. 4/2); e-mail: evz-spb@mail.ru;

Margoshina Inna Yur'evna – PhD Psychol. Sci., assistant professor of counseling psychology, health psychology and development The Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work (Russia, 199178, Saint-Petersburg, 12 line of Vasilievsky Ostrov, 13, let A); e-mail: inna_che@rambler.ru.

Abstract. Based on the literature data formulated topical issues research professional burnout. Characteristics of various approaches in the study of burnout. Conception of relations as a theoretical-methodological basis of the study of the phenomenon of burnout. Presents a comparative analysis of the specific manifestations of the emotional burnout syndrome using method C. Boyko. It is revealed that psychologists more than physicians at risk of formation of emotional burnout syndrome. The interviews revealed that the activities of psychologists is characterized by more pronounced manifestations of burnout due to more intensive interaction and excessive emotional involvement in customer issues.

Key words: professional burnout, a syndrome of emotional burnout, concept relations, soziologicheskie profession, excessive emotional involvement, motivational and emotional disturbances, destruction and autodestructive.

References

1. Boiko V.V. Sindrom "emotsional'nogo vygoraniya" v professional'nom obshchenii [Syndrome of "emotional burnout" in professional dialogue]. Sankt-Peterburg. 1999. 105 p. (In Russ.)
2. Berezovskaya L.G., Slabinskii V.Yu., Podsadnyi S.A. K voprosu o kriteriyakh riska razvitiya "sindroma emotsional'nogo vygoraniya" [On the question of risk criteria of "burnout"]. Problemy issledovaniya sindroma «vygoraniya» i puti ego korektsii u spetsialistov «pomogayushchikh» professii (v meditsinskoj, psikhologicheskoj i pedagogicheskoj praktike) [Problems of research syndrome "burnout" and the ways of its correction specialists "helping" professions (medical, psychological and pedagogical practice)]. Eds.: V.V. Luk'yanov, S.A. Podsadnyi. Kursk. 2007. P. 17–19. (In Russ.)
3. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]. Sankt-Peterburg. 2008. 336 p. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Mukhina N.A., Natarova A.A. Professional'noe vygoranie u srednego meditsinskogo personala po dannym zarubezhnykh publikatsii (1993–2012) [Professional burnout among nursing staff according to foreign publications]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 47. P. 47–70. (In Russ.)
5. Zmanovskaya E.V. Problema professional'nogo vygoraniya v rabote s deviantnym povedeniem: strukturno-dinamicheskii podkhod. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2005. N 14. P. 43–58. (In Russ.)

6. Zmanovskaya E.V., Rybnikov V.Yu. Profilaktika professional'nogo vygoraniya i professional'noi deformatsii sotrudnikov organov vnutrennikh del [Prevention of professional burnout and professional deformation of the police officers]. Deviantnoe povedenie lichnosti i gruppy [Deviant behavior of individuals and groups]. Sankt-Peterburg. 2011. P. 221–242. (In Russ.)

7. Margoshina I.Yu. Professional'naya identichnost', mekhanizmy samoregulyatsii i sindrom professional'nogo vygoraniya u psikhologov i vrachei [Professional identity, self-regulation mechanisms and professional burnout syndrome among psychologists and doctors]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noi raboty* [Scientific notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work]. 2009. N 2. P. 74. (In Russ.)

8. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em: MKB-10 [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health: ICD-10]. Moskva. 2003. 243 p. (In Russ.)

9. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii [Psychology of relationships]. Moskva. 1995. 356 p. (In Russ.)

10. Rukavishnikov A.A. Opredelenie psikhicheskogo vygoraniya [The definition of mental burnout]. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups]. N.P. Fetiskin, V.V. Kozlov, G.M. Manuilov. Moskva. 2002. P. 357–360. (In Russ.)

11. Orel V.E. Sindrom psikhicheskogo «vygoraniya» lichnosti [Syndrome of mental "burnout" personality]. Moskva. 2005. 330 p. (In Russ.)

12. Samoukina N.V. Sindrom professional'nogo vygoraniya [Professional burnout syndrome]. – URL: <http://www.7ya.ru/pub/article.aspx?id=4143>. (In Russ.)

13. Sel'e G. Stress bez distressa [Stress without Distress]. Moskva. 1982. 128 p.

14. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *J. of Organizational Behavior*. 1992. Vol. 13, N 1. P. 1–11.

15. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *J. of Occupational Behaviour*. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.

16. Feudenberger H. J. Staff burn-out. *J. of Social Issues*. 1974. Vol. 30. P. 159–165.

Received 05.11.2014.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

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

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященной изучению связи личностных характеристик врача с его профессиональной деятельностью. Представлены различные подходы в изучении данной проблемы. Установлено, что, несмотря на имеющиеся исследования различных характеристик личности врача, связь этих особенностей со спецификой медицинской деятельности нуждается в более углубленном изучении.

Ключевые слова: личность врача, профессиональная деятельность, профессиональная идентичность, профессиональное развитие, ценностные ориентации, успешность, адаптация, самооценка.

На сегодняшний день в России одним из приоритетных направлений государственной политики является увеличение продолжительности жизни населения, снижение смертности и повышение рождаемости. Все перечисленное во многом зависит от качества оказания медицинской помощи населению, с целью повышения которой в стране проводится модернизация здравоохранения, заключающаяся в улучшении материально-технической базы лечебных учреждений, внедрении современных информационных технологий и современных стандартов оказания медицинской помощи. Однако результативность проводимых реформ во многом зависит от качественного выполнения врачом своих профессиональных обязанностей.

Качество работы врачей, обусловлено, с одной стороны, опытом, профессиональными навыками и умениями, а с другой – психологическими особенностями личности врача [41].

Наряду с достаточно широко изучаемыми личностными особенностями пациентов с различными заболеваниями, психологические особенности личности врача стоят в ряду важнейших и малоизученных проблем теоретической и прикладной психологии в целом и отдельных ее отраслей, в частности [28].

Воронин Александр Николаевич – аспирант каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15); e-mail: sans.cs86@mail.ru;

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

Опыт психологических исследований убедительно доказывает, что технико-технологические инновации и организационные мероприятия способны обеспечить высокую эффективность профессиональной деятельности лишь при условии совершенствования ее психологической структуры. Роль человеческого фактора является определяющей во многих ситуациях, характерных для современной деятельности врача, формируя социальный заказ к его психологическим особенностям [12].

Исследователи уделяют большое внимание различным аспектам психологического обеспечения профессиональной деятельности врача, связанным с влиянием неблагоприятных условий труда (различные перегрузки, перенапряжение, психотравмирующие факторы и т. д.) на его физическое и психическое здоровье [19], но при этом до сих пор не разработан единый подход к категории «личность врача».

Многочисленные упоминания о характеристиках личности врача встречаются в работах по медицинской этике [1, 15, 26]. Первым документом, регламентирующим деятельность врача, является «клятва Гиппократова» [8], суть которой заключается в том, что врач обязан оказывать помощь любому больному и для эффективного выполнения своих профессиональных обязанностей врачу необходимо обладать определенными личностными качествами. Текст клятвы состоит из 9 предложений, содержащих 11 моральных принципов или обязательств врача, которые, при детальном рассмотрении, имеют удивительное согласие с христианскими представлениями о человеческих взаимоотношениях [22]. Во многом благодаря этому деонтологический подход получил общечеловеческое признание и не утратил значения до наших дней, каждый выпускник медицинского вуза дает «клятву Гиппократова». Как отмечает представитель Чикагской школы, занимающейся социологией профессий, положения врачебной этики в каком-то смысле являются даже более значимыми для докторов, чем приказы и нормативы, установленные государственными органами [29]. Одновременно с этим медицина XXI в. шагнула вперед настолько, что некоторые пункты знаменитой клятвы на данный момент потеряли актуальность и назрела насущная необходимость переосмыслить и обновить их [35, 56].

В нашей стране у истоков исследований, посвященных изучению личности врача, стоит В.М. Бехтерев, который в своих работах определил критерии профессиональной пригодности субъекта к получению медицинского образования и профессиональной деятельности [4]. Практически в одно время с В.М. Бехтеревым за рубежом публикуется работа доктора философии Ф. Баумгартена, в которой приведена первая психодиаграмма практикующего врача. В ней четко определены требования не только к личности, профессионально значимым качествам врача, но и к психике в

целом [2]. Несмотря на то что терминология, используемая этими учеными, сегодня практически не используется, а современная медицина претерпела существенные изменения, эти работы могут служить примером детальной разработки требований профессии к личности врача и обоснования этих требований конкретными задачами деятельности.

К.К. Платонов изучал особенности ценностных ориентаций врачей и специфику побуждений врача к профессиональной деятельности с позиций личностного подхода. В зависимости от направленности личности он выделял следующие типы врачей: 1) врач социально активный, инициативный, энергичный, выступающий как лидер в коллективе, успешно выполняющий основные социальные роли, пользующийся профессиональным и моральным авторитетом среди больных и коллег; 2) врач, добросовестно работающий, проявляющий гражданскую порядочность, нравственно воспитанный, оценивающийся окружающими как хороший человек и неплохой специалист, преимущественно ориентированный на профессиональную деятельность, но в силу отсутствия целого ряда качеств личности беспомощный в реализации других социальных ролей; 3) врач с конформистской направленностью, находящийся во власти стереотипов, догматического мышления, работающий «постольку-поскольку», но имеющий тенденцию к самовыражению в неофициальном общении, в кругу друзей, родственников; 4) врач с преобладанием потребительской направленности личности, у которого доминируют ориентации на материально-бытовые ценности в ущерб духовным. Отмечая несомненную условность, абстрактность выделенных моделей, К.К. Платонов вместе с тем утверждает: «Изучая систему ценностных ориентаций, мы тем самым изучаем личность врача как определенный социальный и нравственно-психологический тип» [20].

Несмотря на то что в работах К.К. Платонова личность врача рассматривается с точки зрения определенных морально-этических норм, а ее активность определяется социально-идеологической направленностью, это были первые научные попытки исследовать специфику психологических особенностей врача с позиций личностного подхода.

В 1987 г. было опубликовано исследование, выполненное на базе Ленинградского государственного университета, в котором осуществлена попытка сформировать эталонную модель личности врача путем опроса медицинских работников, выступавших в роли экспертов. В результате авторы заявили о необходимости подбора социально-психологических методик для аттестации врачей различных должностей, работающих в различных лечебных учреждениях [25]. Данная работа стала одним из первых исследований в области психографии труда медицинских работников.

Таким образом, перечисленные подходы к изучению особенностей личности врача различны по механизму возникновения предъявляемых требований: в деонтологическом подходе требования к личности врача выработаны обществом, этикой; в экспертном – мнением ученого, который выступает экспертом; в психографическом – мнением группы медицинских работников, выступавших в роли экспертов. Объединяет все описанные подходы существенный недостаток: те или иные требования, предъявляемые к личности врача, рассматриваются в отрыве от исследования самого субъекта профессиональной деятельности, выводы в данных работах носят декларативный характер, не имеют под собой аналитических исследований, посвященных профессиональной деятельности врача, вследствие чего вопросы формирования мотивов и потребностей, условия профессионального роста и развития личности врача, а также процессы, способствующие адаптации и дезадаптации врача к реалиям профессиональной деятельности, оставались нерассмотренными.

Сегодня вопросы изучения личности врача находятся в компетенции медицинской психологии [9, 11, 13]. В этих работах подчеркивается, что, наряду с изучением личности больного, для достижения положительного результата лечебного процесса и создания оптимальных отношений в системе «врач – больной», необходимо изучать особенности деятельности врача, а также психологические качества личности врача.

Большой вклад в изучение личности врача внесла Б.А. Ясько, изучавшая: личность врача в процессе профессионального развития; профессионально важные качества, обеспечивающие эффективный труд врача; процесс формирования ценностных ориентаций и мотивационно-потребностной сферы врача-клинициста; причины и проявления феноменов профессиональной адаптации и дезадаптации в труде врачей-клиницистов; концептуальную модель развития личности врача для оптимизации профессионального становления специалиста. В результате проведенных исследований автор подчеркивает, что моделирование личности врача-клинициста и психологическое сопровождение его профессионально-личностного развития позволяет активизировать процесс адаптации субъекта к профессиональной деятельности, блокировать риск формирования синдрома эмоционального выгорания [28].

В исследовании Е.П. Четверговой установлены дифференцирующие критерии профессиональной успешности стоматологов, доказана взаимосвязь основных параметров успешности профессиональной деятельности и определенных личностных характеристик субъекта труда, а также установлены дифференцирующие личностные характеристики «успешного» и «неуспешного» стоматолога [27].

В работе М.О. Будзяк смоделированы личность реального врача акушера-гинеколога и идеала его личности, определены психологические условия, в которых происходит развитие свойств личности студентов медицинского факультета, выявлены связи свойств личности студентов с личностью врача, оценено приближение структур свойств личности студентов различных курсов медицинского факультета к структуре свойств личности реального и «идеального» врача [3].

Е.Л. Никитина проводила исследование успешности и инициативности как профессионально важных свойств личности у студентов II и IV курсов медицинского факультета, а также врачей-хирургов. Выявлены специфические различия в степени выраженности отдельных компонентов данных свойств у групп испытуемых, находящихся на различных этапах профессионального становления, обусловленные влиянием процесса профессионализации на их проявление. Структура уверенности продемонстрировала большие, чем структура инициативности, устойчивость и стабильность в организации связей, раскрывающих основные закономерности ее эффективной реализации. Инициативность более подвержена влиянию требований учебной и профессиональной деятельности, что выражается в изменении как причин, так и способов ее реализации [18].

А.А. Водяха сделала вывод о том, что ценностно-смысловые компоненты личности, ориентированные на ценности профессиональной деятельности врача, выступают центрально-образующими компонентами личностно-деонтологического комплекса врача. Структура данного комплекса включает в себя совокупность знаний, умений и навыков специалиста, выраженность его профессионально важных качеств и смысловое отношение к себе как субъекту профессиональной деятельности. Данный комплекс характеризуется гуманистической направленностью и этико-деонтологическим характером. Профессиональная идентичность личности врача определяется сформированностью личностно-деонтологического комплекса специалиста и служит залогом эффективности профессиональной деятельности врача [6].

В перечисленных исследованиях, а также в ряде других работ изучаются различные профессионально важные свойства личности врача [5, 7]; некоторые особенности развития профессионально важных качеств личности врача в процессе профессионализации [14, 23]; учебно-профессиональная адаптация у студентов медицинских вузов [10, 16, 21]; мотивационная составляющая врачебной деятельности [17, 24].

Не меньшее внимание изучению особенностей личности врача уделяется зарубежными исследователями [38, 42]. Изучаются особенности личности у представителей различных медицинских специальностей: ане-

стезиологов [48], врачей скорой помощи [53], оториноларингологов [58], сельских и городских врачей [39, 54], а также врачей, занимающихся наукой [57].

Рядом исследователей доказано, что изучение личностных характеристик учащихся дает ценную информацию при отборе студентов-медиков [43, 56]. Предполагается, что изучение личности студентов дает важную информацию для подготовки врача [47]. Исследователи медицинского образования показали, что изучение профессионально важных личностных характеристик дает возможность предсказывать не только успеваемость студентов-медиков [37], но и направленность профессионального интереса [51, 52], а также результаты лечения пациентов [36, 45].

В исследованиях М. Hojat [46], В.М. Hoffman [44], М. Magee [50], посвященных изучению личности врача, используется пятифакторная модель личности [40]. Американские ученые N.J. Borges, M.L. Savickas провели мета-анализ подобных работ. Ими показано, что врачи разных медицинских специальностей имеют отличающиеся личностные характеристики: так, например, высокий уровень экстраверсии и открытости для новых впечатлений были присущи врачам хирургического профиля; психиатры представлены как творческие, любознательные, переживающие глубокие чувства врачи; семейные врачи оказались более уступчивыми, доверчивыми, альтруистичными и добросовестными [31].

Исследователями N.J. Borges и W.R. Osmon установлено, что врачи-анестезиологи более подозрительны и критичны, чем их коллеги, работающие в сфере семейной медицины и общей хирургии [30]. В другой работе, проведенной в 1987 г. J.R. Chowdhury и соавт., показано, что врачитерапевты более равнодушны, а также имеют тенденцию быть скептиками, в отличие от психиатров, оказавшихся более эмоционально зрелыми и устойчивыми личностями [34].

Израильскими учеными выявлено, что врачи с более высокой самооценкой более сострадательны, нежели их коллеги с более низкой самооценкой [33].

В работе немецких ученых изучалась взаимосвязь личностных характеристик с распространенностью депрессии, эмоционального выгорания и посттравматического стрессового расстройства среди врачей неотложной помощи. Доказано, что тип личности является наиболее значимым фактором в прогнозировании подверженности психологической травме и стрессовым расстройствам [53].

Также в зарубежной литературе встречаются исследования, посвященные изучению типа личности физиотерапевтов [55], врачей-педиатров [49], врачей неотложной помощи [32], в которых использована одинаковая

диагностическая методика (система психологического тестирования – Myers–Briggs Type Indicator). При сравнении результатов исследований между собой выраженных отличий по типу личности у врачей указанных специальностей не выявлено.

Заключение

Таким образом, в заключение данного обзора можно отметить, что, несмотря на интерес, который проявляют исследователи к особенностям личностных характеристик врача, все еще не изученными остаются вопросы психологического сопровождения личности врача на всех этапах его профессионального пути. В отечественной литературе недостаточно работ, посвященных исследованию психологических особенностей личности и профессиональной деятельности врачей различных медицинских специальностей, а также проблемам взаимодействия врачей различных медицинских специальностей между собой. Установлено, что, несмотря на имеющиеся исследования различных личностных характеристик врача, связь со спецификой медицинской деятельности нуждается в более углубленном изучении.

Литература

1. Бабияк В.И. Медицинская этика (философские аспекты) // Рос. оториноларингология. – 2012. – № 1. – С. 3–13.
2. Баумгарген Ф. Психотехника. Ч. 1. Исследования пригодности к профессиональному труду. – Берлин : Изд-во Бюро иностр. науки и техники, 1922. – С. 118–126.
3. Будзяк М.О. Динамика развития свойств личности врача акушера-гинеколога : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 22 с.
4. Бехтерев В.М. Личность и труд // Науч.-техн. вестн. – 1920. – № 1. – С. 8–14.
5. Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2010. – 25 с.
6. Водяха А.А. Ценностно-смысловые компоненты профессиональной идентичности врача : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Хабаровск, 2009. – 22 с.
7. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2013. – № 1. – С. 79–85.
8. Гиппократ. Избранные книги : [пер. с греч.] – М. ; Л. : Биомедгиз, 1936. – 736 с.
9. Гройсман А.Л. Психотерапевтические методы в системе психопрофилактики невротических расстройств у студентов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 39 с.

10. Евдокимов В.И., Губина О.И., Федотов А.Н. Изучение качества жизни и адаптации у студентов медицинского вуза // Вестн. нов. мед. технологий. – 2006. – Т. XIII, № 3. – С. 167–169.
11. Изуткин А.М. Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. – М. : Медицина, 1968. – 170 с.
12. Карачарова Ю.А. Психологические факторы профессиональной успешности участкового врача-терапевта : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Тверь, 2010. – 30 с.
13. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982. – 272 с.
14. Корзунин В.А. Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2001. – 46 с.
15. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика : учеб. пособие для вузов : [пер. с англ.]. – М. : Гэотар-Медиа, 2004. – 394 с.
16. Ланцова Н.Н., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психологическое исследование аффективных состояний у студентов: гендерные аспекты // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2013. – № 2. – С. 97–101.
17. Мадьянова В.В. Мотивация профессиональной деятельности врачей-педиатров (по материалам комплексного социологического исследования) : автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2005. – 33 с.
18. Никитина Е.Л. Психологические особенности инициативности и уверенности студентов-медиков и врачей-хирургов : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 19 с.
19. Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья : учеб. пособие. – СПб., 2006. – 480 с.
20. Платонов К.К. Личность в медицине // Этико-психологические проблемы медицины / под ред. Г.И. Царегородцева. – М. : Медицина, 1978. – С. 29–30.
21. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2012. – № 3. – С. 469–473.
22. Силуянова И.В. «Клятва Гиппократа» как феномен европейской культуры // Знание. Понимание. Умение. – 2006. – № 1. – С. 167–173.
23. Сысоева О.В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2006. – 20 с.
24. Тихонова Е.В. Мотивационные механизмы повышения медико-социальной эффективности деятельности врачей в первичном звене здравоохранения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 26 с.
25. Чугунова Э.С., Портнов Ф.Н. Характеристики общения в эталоне медицинского работника // Психол. журн. – 1987. – № 5. – С. 84–93.
26. Чумак А.А., Федоренко Д.Е. Медицинская этика и деонтология врача-педиатра // Вестн. Рос. гос. мед. ун-та. – 2006. – № 2. – С. 330.
27. Четвергова Е.П. Личностные детерминанты профессиональной успешности стоматологов : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Хабаровск, 2007. – 27 с.

28. Ясько Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Краснодар, 2004. – 44 с.
29. Abbot A. Professional Ethics // *The American J. of Sociology.* – 1983. – Vol. 88, N 5. – P. 855–885.
30. Borges N.J., Osmon W.R. Personality and medical specialty choice: Technique orientation versus people orientation // *J. Vocat. Behav.* – 2001. – Vol. 58, N 1. – P. 22–35.
31. Borges N.J., Savickas M.L. Personality and medical specialty choice: A literature review and integration // *J. Career Assess.* – 2002. – Vol. 10, N 3. – P. 362–380.
32. Boyd R., Brown T. Pilot study of Myers Briggs Type Indicator personality profiling in emergency department senior medical staff // *Emerg. Med. Aust.* – 2005. – Vol. 17, N 3. – P. 200–203.
33. Carmel S., Glick S.M. Compassionate physicians: personality traits and pro-social attitudes // *Psychol. Rep.* – 1993. – Vol. 73, N 3. – P. 1362.
34. Chowdhury J.R., Channabasavanna S.M., Prabhu G.G. [et al.]. Personality and mental health of psychiatry residents // *Indian J. Psychiat.* – 1987. – Vol. 29, N 3. – P. 221–227.
35. Cruess R., Cruess S. Updating the Hippocratic Oath to include medicine's social contract // *Med. Educ.* – 2014. – Vol. 48, N 1. – P. 95–100.
36. Del Canale S., Louis D.Z., Maio V. [et al.]. Physicians' empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy // *Acad. Med.* – 2012. – Vol. 87, N 8. – P. 1243–1249.
37. Doherty E.M., Nugent E. Personality factors and medical training: A review of the literature // *Med. Educ.* – 2011. – Vol. 45, N 2. – P. 132–140.
38. Eley D.S., Eley R.M. Personality traits of Australian nurses and doctors: challenging stereotypes? // *Int. J. Nurs. Pract.* – 2011. – Vol. 17. – P. 380–387.
39. Eley D.S., Young L., Przybeck T.R. Exploring the temperament and character traits of rural and urban doctors // *J. Rural Health.* – 2009. – Vol. 25. – P. 43–49.
40. Goldberg L.R. The development of markers for the Big-Five factor structure // *Psychological Assessment.* – 1992. – Vol. 4, N 1. – P. 26–42.
41. Gonela J.S., Hojat M., Erdmann J.B. [et al.] What have we learned, and where do we go from here? Assessment measures in medical school, residency, and practice // *Acad. Med.* – 1993. – Vol. 68. – P. 79–87.
42. Gramstad T.O., Gjestad R., Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians // *BMC Med. Educ.* – 2013. – Vol. 13. – P. 150.
43. Helle V., Nivala M., Kronqvist P. Do prior knowledge, personality and visual perceptual ability predict student performance in microscopic pathology? // *Med. Educ.* – 2010. – Vol. 44. – P. 621–629.
44. Hoffman B.M., Coons M.J., Kuo P.C. Personality differences between surgery residents, nonsurgery residents, and medical students // *Surgery.* – 2010. – Vol. 148. – P. 187–193.
45. Hojat M., Louis D.Z., Markham F.W. [et al.]. Physicians' empathy and clinical outcomes in diabetic patients // *Acad. Med.* – 2011. – Vol. 86. – P. 359–364.

46. Hojat M., Nasca T.J., Magee M. [et al.]. A comparison of the personality profiles of internal medicine residents, physician role models, and the general population // *Acad. Med.* – 1999. – Vol. 74. – P. 1327–1333.

47. Hojat M., Vogel W.H., Zeleznik C. [et al.]. Effects of academic and psychosocial predictors of performance in medical school on coefficients of determination // *Psychol. Reports.* – 1988. – Vol. 63. – P. 383–394.

48. Kluger M.T., Laidlaw T.M., Kruger N. [et al.]. Personality traits of anaesthetists and physicians: an evaluation using the Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI-125) // *Anaesthesia.* – 1999. – Vol. 54, N 10. – P. 926–935.

49. Lacorte M.A., Risucci D.A. Personality, clinical performance and knowledge in pediatric residents // *Med. Educ.* – 1993. – Vol. 27. – P. 165–169.

50. Magee M., Hojat M. Personality profiles of male and female positive role models in medicine // *Psychol. Reports.* – 1998. – Vol. 82. – P. 547–559.

51. O'Donnell M.J. NBME Part I Examination: Possible Explanations for Performance Based on Personality Type // *J. Med. Educ.* – 1982. – Vol. 57. – P. 868–870.

52. Otis G.D., Weiss J.R. Patterns of Medical Career Preference // *J. Med. Educ.* – 1973. – Vol. 48. – P. 1116–1123.

53. Pajonk F.G., Cransac P., Müller V. [et al.]. Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* – 2012. – Vol. 14. – P. 257–268.

54. Reed A.J., Schmitz D., Baker E. [et al.]. Association of "grit" and satisfaction in rural and nonrural doctors // *J. Am. Board. Fam. Med.* – 2012. – Vol. 25, N 6. – P. 832–839.

55. Sliwa J.A., Shade-Zeldow Y. Physician personality types in physical medicine and rehabilitation as measured by the Myers-Briggs Type Indicator // *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* – 1994. – Vol. 73. – P. 308–312.

56. Walton M., Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? // *Med. Educ.* – 2014. – Vol. 48, N 1. – P. 17–27.

57. Yamazaki Y., Uka T., Shimizu H. [et al.]. Characteristics of physicians engaged in basic science: a questionnaire survey of physicians in basic science departments of a medical school in Japan // *Tohoku J. Exp. Med.* – 2012. – Vol. 228, N 1. – P. 75–82.

58. Zardouz S., German M.A., Wu E.C. [et al.]. Personality types of otolaryngology resident applicants as described by the Myers-Briggs Type Indicator // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2011. – Vol. 144, N 5. – P. 714–718.

Voronin A.N., Nikolaev E.L. Lichnostnye faktory professional'noi deyatelnosti vracha: analiticheskii obzor [Physician's personal factors of professional activity: an analytic review]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 23–36.

Chuvash State University (Russia, Cheboksary, Moskovsky pr. 15)

Voronin Alexander Nikolaevich – post-graduate student of Social and Clinical Psychology Chair, Chuvash State University (Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky pr. 15); e-mail: sans.cs86@mail.ru;

Nikolaev Evgeni Lvovich – Doctor of Medical Sciences, Professor and Head of Social and Clinical Psychology Chair, Chuvash State University (Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky pr. 15); e-mail: pzdorovie@bk.ru.

Abstract. The article presents a review of Russian and international scientific literature on study of physician's personal characteristics and his/her professional activities relationship. Different approaches in the study of this problem are presented. It is found that despite the existing studies of physician's personality various characteristics the relationship of these features with specific medical professional activity needs to be studied deeper.

Keywords: physician's personality, professional activity, professional identity, professional development, values, success, adaptation, self-esteem.

References

1. Babiyak V.I. Meditsinskaya etika (filosofskie aspekty) [Medical ethics (philosophical aspects)]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya* [Russian otorhinolaryngology]. 2012. N 1. P. 3–13. (In Russ.)
2. Baumgarten F. Psikhotehnika. Chast' 1. Issledovaniya prigodnosti k professional'nomu trudu [Studies suitability for professional work]. Berlin. 1922. P. 118–126. (In Russ.)
3. Budzyak M.O. Dinamika razvitiya svoystv lichnosti vracha akusheraginekologa [The dynamics of obstetrician-gynecologist's personality properties development] : dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2005. 22 p. (In Russ.)
4. Bekhterev V.M. Lichnost' i trud [Personality and work]. *Nauchno-tekhnicheskiiy vestnik* [Bulletin of Science and Technology]. 1920. N 1. P. 8–14. (In Russ.)
5. Vasil'eva L.N. Kommunikativnaya kompetentnost' v professional'no-lichnostnom stanovlenii budushchego vracha [Communicative competence in professional and personal formation of future physician] : dissertation PhD Psychol. Sci. Kostroma. 2010. 25 p. (In Russ.)
6. Vodyakha A.A. Tsennostno-smyslovye komponenty professional'noy identichnosti vracha [Value and semantic components of physician's professional identity] : dissertation PhD Psychol. Sci. Khabarovsk. 2009. 22 p. (In Russ.)
7. Voronin A.N., Nikolaev E.L. Psikhologicheskoe issledovanie lichnosti vracha v otnoshenii k professional'noy deyatelnosti [Psychological study of physician personality in attitude to professional activity]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [The Bulletin of Chuvash University]. 2013. N 1. P. 79–85. (In Russ.)
8. Gippokrat. Izbrannyye knigi [Selected books] : [transl. Greek]. Moskva : Lenigrad. 1936. 736 p. (In Russ.)
9. Groysman A.L. Psikhoterapevticheskie metody v sisteme psikhoprofilaktiki nevroticheskikh rasstroystv u studentov [Psychotherapeutic methods in system of neurotic disorders prevention in students] : dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 1988. 39 p. (In Russ.)
10. Evdokimov V.I., Gubina O.I., Fedotov A.N. Izuchenie kachestva zhizni i adaptatsii u studentov meditsinskogo vuza [The study of quality of life and adaptation in medical students]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy* [Bulletin of new medical technologies]. 2006. Vol. XIII, N 3. P. 167–169. (In Russ.)

11. Izutkin A.M. Metodologicheskie problemy meditsinskoj psikhologii, etiki i estetiki [Methodological problems of medical psychology, ethics and aesthetics]. Moskva. 1968. 170 p. (In Russ.)
12. Karacharova Yu.A. Psikhologicheskie faktory professional'noy uspešnosti učastkovogo vracha-terapevta [Psychological factors of professional success of the district therapist] : dissertation Dr. Med. Sci. Tver'. 2010. 30 p. (In Russ.)
13. Karvasarskiy B.D. Meditsinskaya psikhologiya. Leningrad. 1982. 272 p. (In Russ.)
14. Korzunin V.A. Zakonomernosti dinamiki professional'no važnykh kachestv voennykh vrachej v protsesse professionalizatsii [Dynamics patterns of professionally important qualities in military doctors in process of their professionalization] : dissertation Dr Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2001. 46 p. (In Russ.)
15. Kempbell A., Dzhillett G., Dzhons G. Meditsinskaya etika [Medical ethics] [transl. Engl.]. Moskva. 2004. 394 p. (In Russ.)
16. Lantsova N.N., Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Psikhologicheskoe issledovanie affektivnykh sostoyaniy u studentov: gendernye aspekty [Psychological study of affective states in students: gender aspects]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [The Bulletin of Chuvash University]. 2013. N 2. P. 97–101. (In Russ.)
17. Mad'yanova V.V. Motivatsiya professional'noy deyatelnosti vrachej-pediatrov (po materialam kompleksnogo sotsiologicheskogo issledovaniya) : dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2005. 33 p. (In Russ.)
18. Nikitina E.L. Psikhologicheski osobennosti initsiativnosti i uverenosti studentov-medikov i vrachej-khirurgov : dissertation PhD Social Sci. Moskva. 2010. 19 p. (In Russ.)
19. Nikiforov G.S. Psikhologiya professional'nogo zdorov'ya. Sankt-Peterburg. 2006. 480 p. (In Russ.)
20. Platonov K.K. Lichnost' v meditsine [Personality in medicine]. Etiko-psikhologicheskie problemy meditsiny [Ethical and psychological problems of medicine]. Ed. G.I. Tsa-regorodtsev. Moskva. 1978. P. 29–30. (In Russ.)
21. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachej [Comparative study of adaptive personality characteristics among students and doctors]. *Vestnik Chuvashskogo universitetam* [The Bulletin of Chuvash University]. 2012. N 3. P. 469–473. (In Russ.)
22. Siluyanova I.V. «Klyatva Gippokrata» kak fenomen evropejskoj kul'tury ["Hippocratic Oath" as a phenomenon of European culture]. *Znanie. Ponimanie. Umenie* [Knowledge. Understanding. Skill]. 2006. N 1. P. 167–173. (In Russ.)
23. Sysoeva O.V. Psikhologicheskie osobennosti otvetstvennosti vracha v zavisiimosti ot etapa professionalizatsii [Psychological features of physician's responsibility in accordance with the stage of professionalization] : dissertation PhD Psychol. Sci. Kazan', 2006. 20 p. (In Russ.)
24. Tikhonova E.V. Motivatsionnye mekhanizmy povysheniya mediko-sotsial'noy effektivnosti deyatelnosti vrachej v pervichnom zvene zdravookhraneniya [Motivational mechanisms of primary care physician's medical and social effectiveness improvement] : dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2009. 26 p. (In Russ.)

25. Chugunova E.S., Portnov F.N. Kharakteristiki obshcheniya v etalone meditsinskogo rabotnika [Communication characteristics in standard of medical professional]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1987. N 5. P. 84–93. (In Russ.)
26. Chumak A.A., Fedorenko D.E. Meditsinskaya etika i deontologiya vrachepediatra [Medical ethics and deontology of a pediatrician]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta* [Bulletin of Russian State Medical University]. 2006. N 2. P. 330. (In Russ.)
27. Chetvergova E.P. Lichnostnye determinanty professional'noy uspešnosti stomatologov [Personal determinants of professional success of dentists] : dissertation PhD Psychol. Sci. Khabarovsk. 2007. 27 p. (In Russ.)
28. Yas'ko B.A. Psikhologiya meditsinskogo truda: lichnost' vracha v protsesse pro-fessionalizatsii [Psychology of medical work: physician's identity in the process of professionalization] : dissertation Dr Psychol. Sci. Krasnodar. 2004. 44 p. (In Russ.)
29. Abbot A. Professional Ethics. *The American J. of Sociology*. 1983. Vol. 88, N 5. P. 855–885.
30. Borges N.J., Osmon W.R. Personality and medical specialty choice: Technique orientation versus people orientation. *J. Vocat. Behav.* 2001. Vol. 58, N 1. P. 22–35.
31. Borges N.J., Savickas M.L. Personality and medical specialty choice: A literature review and integration. *J. Career Assess.* 2002. Vol. 10, N 3. P. 362–380.
32. Boyd R., Brown T. Pilot study of Myers Briggs Type Indicator personality profiling in emergency department senior medical staff. *Emerg. Med. Aust.* 2005. Vol. 17, N 3. P. 200–203.
33. Carmel S., Glick S.M. Compassionate physicians: personality traits and pro-social attitudes. *Psychol. Rep.* 1993. Vol. 73, N 3. P. 1362.
34. Chowdhury J.R., Channabasavanna S.M., Prabhu G.G. [et al.]. Personality and mental health of psychiatry residents. *Indian J. Psychiat.* 1987. Vol. 29, N 3. P. 221–227.
35. Cruess R., Cruess S. Updating the Hippocratic Oath to include medicine's social contract. *Med. Educ.* 2014. Vol. 48, N 1. P. 95–100.
36. Del Canale S., Louis D.Z., Maio V. [et al.]. Physicians' empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy // *Acad. Med.* 2012. Vol. 87, N 8. P. 1243–1249.
37. Doherty E.M., Nugent E. Personality factors and medical training: A review of the literature. *Med. Educ.* 2011. Vol. 45, N 2. P. 132–140.
38. Eley D.S., Eley R.M. Personality traits of Australian nurses and doctors: challenging stereotypes? *Int. J. Nurs. Pract.* 2011. Vol. 17. P. 380–387.
39. Eley D.S., Young L., Przybeck T.R. Exploring the temperament and character traits of rural and urban doctors. *J. Rural Health.* 2009. Vol. 25. P. 43–49.
40. Goldberg L.R. The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment.* 1992. Vol. 4, N 1. P. 26–42.
41. Gonela J.S., Hojat M., Erdmann J.B. [et al.]. What have we learned, and where do we go from here? Assessment measures in medical school, residency, and practice // *Acad. Med.* – 1993. – Vol. 68. – P. 79–87.
42. Gramstad T.O., Gjestad R., Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians // *BMC Med. Educ.* – 2013. – Vol. 13. – P. 150.

43. Helle V., Nivala M., Kronqvist P. Do prior knowledge, personality and visual perceptual ability predict student performance in microscopic pathology? *Med. Educ.* 2010. Vol. 44. P. 621–629.
44. Hoffman B.M., Coons M.J., Kuo P.C. Personality differences between surgery residents, nonsurgery residents, and medical students. *Surgery.* 2010. Vol. 148. P. 187–193.
45. Hojat M., Louis D.Z., Markham F.W. [et al.]. Physicians' empathy and clinical outcomes in diabetic patients. *Acad. Med.* 2011. Vol. 86. P. 359–364
46. Hojat M., Nasca T.J., Magee M. [et al.]. A comparison of the personality profiles of internal medicine residents, physician role models, and the general population // *Acad. Med.* – 1999. – Vol. 74. – P. 1327–1333.
47. Hojat M., Vogel W.H., Zeleznik C. [et al.]. Effects of academic and psychosocial predictors of performance in medical school on coefficients of determination. *Psychol. Reports.* 1988. Vol. 63. P. 383–394.
48. Kluger M.T., Laidlaw T.M., Kruger N. [et al.]. Personality traits of anaesthetists and physicians: an evaluation using the Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI-125). *Anaesthesia.* 1999. Vol. 54, N 10. P. 926–935.
49. Lacorte M.A., Risucci D.A. Personality, clinical performance and knowledge in pediatric residents. *Med. Educ.* 1993. Vol. 27. P. 165–169.
50. Magee M., Hojat M. Personality profiles of male and female positive role models in medicine. *Psychol. Reports.* 1998. Vol. 82. P. 547–559.
51. O'Donnell M.J. NBME Part I Examination: Possible Explanations for Performance Based on Personality Type. *J. Med. Educ.* 1982. Vol. 57. P. 868–870.
52. Otis G.D., Weiss J.R. Patterns of Medical Career Preference. *J. Med. Educ.* 1973. Vol. 48. P. 1116–1123.
53. Pajonk F.G., Cransac P., Müller V. [et al.]. Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors. *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2012. Vol. 14. P. 257–268.
54. Reed A.J., Schmitz D., Baker E. [et al.]. Association of "grit" and satisfaction in rural and nonrural doctors. *J. Am. Board. Fam. Med.* 2012. Vol. 25, N 6. P. 832–839.
55. Sliwa J.A., Shade-Zeldow Y. Physician personality types in physical medicine and rehabilitation as measured by the Myers-Briggs Type Indicator. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 1994. Vol. 73. P. 308–312.
56. Walton M., Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? *Med. Educ.* 2014. Vol. 48, N 1. P. 17–27.
57. Yamazaki Y., Uka T., Shimizu H. [et al.]. Characteristics of physicians engaged in basic science: a questionnaire survey of physicians in basic science departments of a medical school in Japan. *Tohoku J. Exp. Med.* 2012. Vol. 228, N 1. P. 75–82.
58. Zardouz S., German M.A., Wu E.C. [et al.]. Personality types of otolaryngology resident applicants as described by the Myers-Briggs Type Indicator. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2011. Vol. 144, N 5. P. 714–718.

Received 20.07.2014

ПРОЯВЛЕНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В КОНТЕНТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ СТРАНИЦ (НА ПРИМЕРЕ СЕТИ «В КОНТАКТЕ»)

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Старый Петергоф, Университетский пр., д. 28);
Санкт-Петербургский институт информатики и автоматизации РАН
(Россия, Санкт-Петербург, 14-я линия В.О., д. 39);
Северо-Западный институт управления Российской академии
народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ
(Россия, Санкт-Петербург, Средний пр. В.О., д. 57)

Исследовалась возможность раскрыть особенности проявления ценностных ориентаций молодежи, отражающихся в постах участников сети на личных страницах (на примере социальной сети «В контакте»). В 1-й части исследования приняли участие 126 человек (студентов и слушателей вуза), средний возраст ($22 \pm 3,8$) года, из них со средним образованием было 63 %, с высшим – 37 %, мужчин – 39 %, женщин – 61 %. Во 2-й части исследования экспертами были проанализированы и идентифицированы согласно разработанной классификации более 1300 постов, опубликованных с 15.09.2013 по 15.03.2014 г. 39 пользователями сети «В контакте». 89,7 % опрошенных выходят в социальные сети чаще 1 раза в день и проводят в них в среднем около 5 ч. Особенности проявления ценностных ориентаций участников оказываются увязанными с достаточно легко наблюдаемыми и регистрируемыми видами поведения: частотой публикации постов различных видов (информационных, побудительных, эмоциональных). Так, эмоциональные посты чаще размещают пользователи с потребностью в любви; посты, содержащие рекламную информацию, и посты развлекательного характера – пользователи с потребностью в удовольствиях и развлечениях, посты-рассуждения – пользователи с высокой потребностью в укреплении дружеских связей, духовном и нравственном самосовершенствовании и низкой потребностью в крепкой семье. Выявленные особенности и взаимосвязи приобретают

Тулупьева Татьяна Валентиновна – канд. психол. наук доц., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 198504, Санкт-Петербург, Старый Петергоф, Университетский пр., д. 28); e-mail: tvt100a@mail.ru;

Тулупьев Александр Львович – д-р физ.-мат. наук доц., зав. лаб., С.-Петерб. ин-т информатики и автоматизации Рос. акад. наук (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 14-я линия В.О., д. 39); e-mail: alexander.tulupiev@gmail.com;

Ющенко Наталия Андреевна – аспирант, Сев.-Зап. ин-т управления Рос. акад. народного хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 10-я линия В.О., д. 59); e-mail: natali_szags@mail.ru.

Статья содержит материалы исследований, частично поддержанных грантом РФФИ 14-07-00694-а «Методология интеллектуального поиска маркеров в интернет-контенте».

практическую значимость в контексте обеспечения специалистов, работающих с молодежью, новым инструментарием оценки и мониторинга настроения и эмоционального состояния молодежи.

Ключевые слова: социальная психология, ценностные ориентации, молодежь, потребности, Интернет, социальные сети, классификация постов.

Введение

Изучение проблемы ценностных ориентаций молодежи не утрачивает своей актуальности на протяжении многих лет. Психологи, социологи, педагоги постоянно указывают на проблему трансформации базовых ценностей в нашем обществе. Исследование ценностей молодого человека в повседневной жизни без учета особой, так называемой онлайн-реальности не могут давать полного представления о содержательной направленности его личности.

Ценностные системы формируются и трансформируются в историческом развитии общества и всегда тесно связаны с изменениями в различных сферах человеческой жизни [8, 10]. С развитием информационных технологий и их широкого использования молодым поколением, специалистам становится доступен новый метод изучения ценностных ориентиров молодежи через анализ информации аккаунтов социальных сетей [3–6]. В социальных сетях во многом отражаются ее потребности, стремления, представления об успехе, ценности [9]. Наконец, неоднозначность влияния процессов виртуальной коммуникации на ценностные ориентации молодежи вызывает особый интерес к изучению данной проблемы. Одним из способов ее исследования является анализ интернет-контента пользователей социальных сетей.

Под постом в социальных сетях обычно понимается сообщение (текст, фотографии, аудио- и видеозаписи, пиктограммы, иной цифровой контент), которое публикуется на форумах, в интернет-сообществах, персональных веб-страницах, блогах, тематических группах, обсуждениях и на различных сайтах, а под дед-лайном – крайний срок, к которому должно быть выполнено то или иное действие, например сделан заказ.

Цель статьи – на примере социальной сети «В контакте» раскрыть некоторые особенности проявления ценностных ориентаций молодежи, отражающиеся в постах участников сети на личных страницах.

Материалы и методы

С целью выявления потребностей молодежи через анализ аккаунтов социальных сетей было организовано пилотное исследование, позволившее собрать данные двумя способами: с помощью опроса респондентов и с

помощью обработки личных страниц указанных респондентов в социальной сети «В контакте». Исследование состояло из двух частей.

В 1-й части приняли участие 126 человек, из них 77 женщин (61,1 %) и 49 мужчин (38,9 %), 79 человек (62,7 %) имеют среднее образование и 47 (37,3 %) – высшее. Возраст участников находился в диапазоне от 18 до 39 лет, средний возраст – $(22 \pm 3,8)$ года. Все участники исследования являлись студентами или слушателями вуза по разным программам обучения (первое высшее и второе высшее образование соответственно). Участники исследования заполняли анкету, на основании которой анализировали поведение респондента в социальных сетях и оценивали имеющиеся потребности. В анкету входили вопросы относительно предпочтения по социальным сетям, открытости личной информации, привлекательности социальных сетей, времени, проводимого в социальных сетях, категориям публикуемых постов, имеющимся потребностям. Было предложено 12 категорий постов, респонденту нужно было выбрать, какие категории он размещает на своей странице.

Анализ показал, что для дальнейшего изучения контента аккаунтов социальных сетей нужно развить классификацию, которая не просто делит посты на непересекающиеся типы, а представляет собой двухуровневую категоризацию. В результате были выделены информационный, эмоциональный и побудительный классы постов со своими подклассами.

Во 2-й части исследования к анализу содержания постов были привлечены эксперты. Их задачей была идентификация постов согласно обновленной классификации. Они проанализировали посты на страницах 39 пользователей социальной сети «В контакте» (из них 11 юношей, 28 девушек). Всего было обработано более 1300 постов, опубликованных за полгода, с 15.09.2013 по 15.03.2014 г.

Дизайн исследования не предполагал сбора и обработки конфиденциальной информации с персональных страниц участников исследования в социальных сетях. В исследовании учитывалась та информация, которую пользователи социальных сетей сделали открытой и общедоступной еще до начала исследования. Вместе с тем у участников исследования запрашивалось устное согласие на сбор и обработку такой открытой информации. Согласившиеся участники сообщали адрес их страниц в социальных сетях. Организация этого исследования позволяла сопоставить характеристики контента, опубликованного на страницах респондентов в социальных сетях, с их ответами на анкету и личностными особенностями, определенными при помощи психологических методик.

Статистическая обработка результатов включала в себя расчет первичных статистик (частота встречаемости, средние значения различных

характеристик, их минимальное и максимальное значения), а также применение критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента для выявления различий между подгруппами.

Результаты и их анализ

1-я часть исследования показала, что наиболее предпочитаемой является сеть «В контакте»: почти 100 % опрошенных лиц присутствуют в этой сети. По этой причине для дальнейшего анализа была выбрана социальная сеть «В Контакте». На втором месте оказалась сеть «Facebook», на третьем – «Twitter». Таким образом, были выявлены три основные социальные сети, в которых имеет смысл сосредоточивать работу с молодежью (табл. 1). Дальнейший анализ показывает, что у 90 % имеющих аккаунт в «Twitter», есть аккаунт и в «Facebook». При анализе пересечения аудитории сетей «Одноклассники» и сетей «Facebook» и «Twitter» такого большого совпадения не выявлено. Можно говорить о том, что аудитории «Одноклассников» и «Facebook» отличаются.

Таблица 1

Присутствие в социальных сетях

Название сети	Вся выборка, %	Пол, %		Образование, %	
		мужской	женский	среднее	высшее
В контакте	98,4	100,0	97,5	100,0	95,7
Facebook	59,5	46,9	68,8	62,0	55,3
Twitter	34,9	30,6	37,7	41,8*	23,4*
Мой мир	31,0	22,4	36,4	34,2	25,5
Одноклассники	29,4	14,3*	39,0*	25,3	36,2
YouTube	29,4	32,7	27,3	31,6	25,5
Google+	29,4	32,7	27,3	35,4	19,1
Linkedin	9,5	8,2	10,4	8,9	10,6
LiveJournal	7,9	4,1	10,4	5,1	12,8

Здесь и в табл. 2–4 знаком * отмечены достоверные различия между показателями в столбцах.

Социальная сеть «Мой мир» была исключена из этого анализа, поскольку членство в ней бывает обусловлено лишь технологически. Пользователь сервиса электронной почты «Mail.ru» автоматически становится членом социальной сети «Мой мир», не принимая, возможно, в дальнейшем в ней существенного участия. Однако регистрацию в другой социальной сети такой пользователь осуществляет с помощью того же адреса электронной почты «Mail.ru». Таким образом выстраивается искусствен-

ная, технологически существующая, но не значимая для анализа поведения респондентов связь, обуславливающая, что участники многих социальных сетей одновременно имеют аккаунт в сети «Мой мир».

Были выявлены достоверные различия между некоторыми подгруппами респондентов. «Twitter» больше используют студенты, получающие первое высшее образование, чем люди, имеющие высшее образование ($p < 0,04$). «Одноклассники» больше используют женщины, чем мужчины ($p = 0,003$).

Была оценена частота выхода респондентов в социальные сети. 89,7 % опрошенных выходят в социальные сети чаще 1 раза в день. Среди студентов, получающих первое высшее образование, чаще 1 раза в день выходят в социальную сеть 94,9 % опрошенных. Время, которое проводят в социальной сети в день, варьируется от 10 мин до 20 ч, в среднем – около 5 ч. У 23,8 % опрошенных есть второй аккаунт в той же самой социальной сети (25,3 % – у студентов, 21,3 % – у лиц, имеющих высшее образование). Эти данные говорят о том, что достаточно большую часть своей жизни современные студенты проводят в социальных сетях, а значит, нужно учитывать этот ресурс в организации работы с современной молодежью и в организации исследований.

Информация (контент), имеющаяся на страницах пользователей, является доступной многим (табл. 2). Всем пользователям сети чаще доступна информация у людей, уже имеющих высшее образование, чем у студентов, получающих первое высшее образования ($p = 0,005$)

Таблица 2

Кому респондент представляет доступ к личной информации и фотоальбомам аккаунта

Доступность информации	Вся выборка, %	Пол, %		Образование, %	
		мужской	женский	среднее	высшее
всем пользователям социальной сети	19	14,3	22,1	11,4*	31,9*
друзьям и друзьям друзей	23	28,6	19,5	24,1	21,3
только друзьям	51,6	44,9	55,8	58,2	40,4
только некоторым	2,4	6,1	0	1,3	4,3
только вам лично	4,0	6,1	2,6	5,1	2,1

Большинство опрошенных социальные сети привлекают возможностью общения с людьми на расстоянии, просмотром видеозаписей и прослушиванием аудиозаписей, а также получением информации о друзьях и их интересах (табл. 3).

Таблица 3

Чем привлекают социальные сети (можно было отметить не более 3 пунктов)

Привлекательность	Вся вы- борка, %	Пол, %		Образование, %	
		мужской	женский	среднее	высшее
общением с людьми на расстоянии	81	75,5	84,4	86,1	72,3
просмотром и прослушиванием видео- и аудиозаписей	77	75,5	77,9	78,5	74,5
получением информации о друзьях и их интересах	72,2	73,5	71,4	73,4	70,2
просмотром фотографий	45,2	32,7	53,2	48,1*	40,4*
возможностью новых знакомств	12,7	16,3	10,4	11,4	14,9
возможностью выразить свое мнение	11,1	10,2	11,7	10,1	12,8
возможностью продемонстрировать свои успехи	7,1	4,1	9,1	5,1	10,6
играми и приложениями	6,3	6,1	6,5	2,5*	12,8*
возможностью заработать деньги	4,0	4,1	3,9	3,8	4,3
это сейчас очень модно	2,4	2,0	2,6	1,3	4,3

Различия между подгруппами выявились и в привлекательности социальных сетей. Игры и приложения привлекают людей, имеющих высшее образование, чаще, чем студентов ($p < 0,03$). Просмотром фотографий социальные сети больше привлекают женщин, чем мужчин ($p < 0,03$).

Далее респондентам был предложен список постов, которые пользователи размещают на своей странице: в анкете требовалось отметить размещение постов с точки зрения их тематики (табл. 4). Наиболее размещаемыми являются посты развлекательного характера, наименее – посты, в которых что-то продают.

Были выявлены значимые различия. Посты, содержащие рекламную информацию о продукте/услуге, чаще размещают люди, имеющие высшее образование, чем студенты ($p < 0,03$). Посты развлекательного характера (юмор, шутки, байки) чаще размещают студенты ($p < 0,03$). Эмоциональные посты чаще размещают женщины, чем мужчины ($p = 0,01$). Посты-цитаты чаще размещают женщины, чем мужчины ($p = 0,001$). Посты, «в которых Вы стараетесь показать себя или близкого человека с лучшей стороны или продемонстрировать результат, которого Вы (близкий человек) достигли» чаще размещают женщины, чем мужчины ($p = 0,005$).

Пользователи более младшего возраста чаще размещают посты-цитаты с высказываниями древних философов, знаменитых людей или цитаты из книг, обычно с указанием автора цитаты ($p < 0,05$), и посты-рассуждения, где отражается их мнение относительно значимых для них событий или вещей ($p < 0,04$), посты, в которых пользователи стараются показать

себя или близкого человека с лучшей стороны или продемонстрировать результат, которого пользователь (близкий человек) достигли ($p < 0,02$), и посты развлекательного характера (юмор, шутки, байки) ($p = 0,005$).

Таблица 4

Тематическая структура постов (по частоте)

Пост	Вся вы- борка, %	Пол, %		Образование, %	
		мужской	женский	среднее	высшее
Посты развлекательного характера (юмор, шутки, байки)	57,1	57,1	57,1	64,6*	44,7*
Посты-цитаты (высказывания древних философов, знаменитых людей или цитаты из книг; обычно с указанием автора цитаты)	44,4	22,4	58,4	44,3	44,7
Посты, содержащие новости (новости вашего института, новости города, новости культуры, экономики или политики страны)	42,9	38,8	45,5	45,6	38,3
Эмоциональные посты, где делитесь своим настроением/грустью/радостью/волнением/ любовью	42,9	28,6*	51,9*	36,7	53,2
Посты-рассуждения, где вы высказываете свое мнение относительно значимых для вас событий или вещей	31,0	24,5	35,1	31,6	29,8
Посты образовательного характера, содержащие конкретную информацию по конкретному вопросу	22,2	16,3	26,0	20,3	25,5
Посты, в которых вы стараетесь показать себя или близкого человека с лучшей стороны или продемонстрировать результат, которого вы (близкий человек) достигли	18,3	6,1*	26*	17,7	19,1
Посты, содержащие статистическую информацию (опросы, научные результаты)	16,7	22,4	13,0	15,2	19,1
Посты, содержащую рекламную информацию о продукте (услуге)	14,3	14,3	14,3	8,9*	23,4*
Мотивационные посты, где есть призыв к действию (открыть свой бизнес, заработать миллион, стать известным)	12,7	10,2	14,3	15,2	8,5
Посты, в которых есть высказывание о несправедливости (несправедливости действия людей по отношению к кому-то или несправедливости политических решений)	12,7	10,2	14,3	12,7	12,8
Продающие посты, в которых помимо рекламы продукта/услуги использованы дед-лайны и другие маркетинговые приемы	3,2	2,0	3,9	5,1	0

При ранжировании потребностей по степени важности для респондента («1» – самая важная на сегодня потребность, «10» – самая незначительная) получили следующие результаты (табл. 5).

Таблица 5

Ранжирование потребностей (усредненный ранг), балл

Потребность	Вся вы- борка	Пол, %		Образование, %	
		мужской	женский	среднее	высшее
Крепкая семья	3,08	3,38	2,89	3,21	2,87
Здоровье	3,14	3,49	2,92	2,99	3,40
Любовь	4,47	4,94	4,16	4,83	3,87
Материально благополучие	5,08	4,83	5,24	5,21	4,87
Самореализация	5,23	5,80	4,86	5,25	5,18
Духовное, нравственное самосовершенствование	5,55	5,52	5,57	5,74	5,22
Развитие профессиональных навыков, умений	5,77	5,78	5,76	5,82	5,68
Укрепление дружеских связей	6,62	6,23	6,86	6,11	7,50
Удовольствие, развлечение	7,19	6,79	7,45	6,79	7,88
Гражданское самоопределение	8,67	8,26	8,93	8,78	8,49

Анализ показывает, что наиболее важными потребностями для всех подгрупп являются крепкая семья, здоровье и любовь, гражданское самоопределение занимает последнее место. Существуют различия в важности потребностей между теми, у кого есть высшее образование, и теми, кто его только еще получает. Для студентов важнее укрепление дружеских связей ($p = 0,001$) и удовольствие, развлечение ($p < 0,02$), а для людей, имеющих высшее образование, важнее любовь ($p < 0,04$), чем для студентов.

Выявлены различия в потребностях при размещении разных типов постов. Мотивационные посты, где есть призыв к действию (открыть свой бизнес, заработать миллион, стать известным), размещают люди с менее выраженной потребностью в гражданском самоопределении ($p = 0,001$) и менее выраженной потребностью в самореализации ($p < 0,04$).

Эмоциональные посты, где пользователи делятся своим настроением/грустью/радостью/волнением/любовью, чаще размещают люди с потребностью в любви ($p = 0,004$). Посты, содержащую рекламную информацию о продукте (услуге), чаще размещают пользователи с более выраженной потребностью в удовольствиях и развлечении ($p = 0,05$).

Продающие посты, в которых помимо рекламы продукта (услуги) использованы дед-лайны и другие маркетинговые приемы, чаще размещают пользователи с более выраженной потребностью в крепкой семье ($p =$

0,001) и менее выраженной потребностью в удовольствиях и развлечениях ($p = 0,001$).

Посты-рассуждения, где высказывается собственное мнение относительно значимых событий или вещей, чаще размещают пользователи с менее выраженной потребностью в крепкой семье ($p < 0,02$) и с более выраженной потребностью в укреплении дружеских связей ($p < 0,05$) и в духовном, нравственном самосовершенствовании ($p < 0,05$). Посты развлекательного характера (юмор, шутки, байки) чаще размещают люди с более выраженной потребностью в удовольствиях и развлечениях ($p = 0,001$).

Анализ результатов первого опроса, комментарии как респондентов, так и экспертов, классифицировавших посты, позволили разработать усовершенствованную двухуровневую классификацию постов. Такая классификация не только проще воспринимается, но и позволяет сформулировать более четкие критерии классификации для экспертов, что увеличивает согласованность даваемых ими оценок:

1. Информационный пост:
 - 1.1) формальный/статистический;
 - 1.2) событийный;
 - 1.3) личный;
 - 1.4) интеллектуально-«рассуждательский»/цитатный;
 - 1.4) ссылочный (только ссылка);
 - 1.5) кулинарный (кулинарные рецепты);
2. Эмоциональный пост:
 - 2.1) позитивный;
 - 2.2) негативный;
 - 2.3) поздравительный;
3. Побудительно-деятельностный пост:
 - 3.1) благотворительный;
 - 3.2) продающий;
 - 3.3) побудительный к действию.

Во втором, дополнительном исследовании пилотного характера выяснено, что среднее число постов респондента за указанные полгода составило 36,9 (минимальное – 1, максимальное – 318). То есть пользователь социальной сети исследуемого возраста публикует в среднем 1 пост в 5 дней. Зная среднюю частоту публикации постов, а также величину отклонений от нее в конкретный период времени, можно обоснованно предполагать наличие или отсутствие в таком периоде значимых для личности событий или перемен.

При оценке постов учитывалось, что один и тот же пост может быть одновременно информационным, эмоциональным и побудительным. На-

пример, пост: «Я учусь в самой лучшей школе танцев! Каждое занятие вызывает у меня массу положительных эмоций! Я выхожу с занятия счастливая и окрыленная! Завтра в нашей школе открытый мастер-класс. Приходите! Доставьте себе минуты радости и поднимите настроение!» – может быть одновременно отнесен к этим трем категориям: информационный, эмоциональный (позитивный), побудительный (к действию). Посты по новым классам и подклассам распределяются следующим образом (в процентах от всех размещенных постов, в скобках представлен диапазон от минимального до максимального значения):

- информационный – 41,6 (0–100);
- эмоциональный – 27,1 (0–100):
 - позитивный – 20,7 (0–100),
 - негативный – 3,9 (0–33);
- побудительный – 10,2 (0–100):
 - благотворительный – 0,6 (0–20),
 - продающий – 1,8 (0–33),
 - побудительный к действию – 7,9 (0–100).

Были учтены и нетекстовые посты:

- фото – 73,1 (11–100);
- аудио – 13,1 (0–71);
- видео – 10,7 (0–100).

Обращает внимание, что информационные посты публикуются чаще других постов. Несмотря на кажущуюся насыщенность социальных сетей негативными эмоциями, анализ показывает, что эмоциональных негативных постов в среднем набирается меньше 4 %, максимальное число негативных постов не превышает трети от всех постов. С одной стороны, это наблюдение свидетельствует в пользу более осторожного отношения к так называемым экспертным оценкам состояния блогосферы, а с другой стороны, оно говорит о том, что эффект от негативного контента может оказаться несоизмеримо более заметным, чем его относительная доля в общем объеме информации.

Выявлено определенное гендерное смещение в тематике постов: девушки чаще публикуют личный пост, эмоциональный, позитивный, а также пост с аудио.

Заключение

Интернет, социальные сети все больше проникают в нашу жизнь и становятся новой средой общения и даже, с некоторых точек зрения, претендуют оказаться новой формой реальности (так называемая виртуальная реальность, онлайн-реальность в противовес привычной оффлайн-реаль-

ности). Исследование показывает, что анализ контента аккаунтов пользователей социальной сети может представить достаточно много информации о личностных особенностях, предпочтениях, ценностных ориентациях пользователя, который эту информацию размещает. В частности, были выявлены взаимосвязи между категориями постов и потребностями пользователей социальных сетей. Таким образом, социальные сети дают нам новую технологию, новый инструментарий анализа личности пользователя.

Особую значимость выявленные особенности и взаимосвязи приобретают в контексте обеспечения специалистов, работающих с молодежью, новым инструментарием оценки и мониторинга настроения и эмоционального состояния молодежи. Отслеживая посты определенных пользователей или определенных групп в социальных сетях, мы можем получить обоснованное представление о динамике изменения эмоционального состояния современных молодых людей.

Также данный метод может быть интересен с точки зрения обеспечения кадровых служб новым инструментарием оценки кандидатов на вакантные должности и оценки персонала. Новизна инструментария состоит в том, что не требуется организовывать особый опрос или тестирование интересующего человека; вместо этого либо в дополнение к традиционным инструментам можно воспользоваться открытой информацией с его страниц в социальных сетях – опубликованными постами.

В настоящее время в анализе опубликованных постов принимают участие эксперты, однако для них уже подготовлена классификация и критерии отнесения поста к тому или иному классу. Кроме того, развивающиеся информационные технологии анализа контента социальных сетей позволяют автоматизировать и этот этап обработки доступных данных, а значит – позволят специалисту, занимающемуся психологическим консультированием, психотерапией, работающему с молодежью или сотруднику кадровой службы предварительно сориентироваться в ценностных ориентациях соискателя (сотрудника) «в один клик» [1, 2, 7] и более качественно подготовиться к интервью или собеседованию.

Литература

1. Азаров А.А., Бродовская Е.В., Бубнов А.Ю. [и др.]. Predictor mining: применение методов интеллектуального анализа данных в задачах социального компьютеринга // Труды СПИИРАН. – 2013. – № 3 (26). – С. 136–161.
2. Азаров А.А., Глазков А.А., Дмитриева О.В. [и др.]. Мемы и социоинженерные атаки в виртуальном пространстве // Труды СПИИРАН. – 2013. – № 7 (30). – С. 88–121.
3. Войсунский А.Е., Евдокименко А.С., Федунина Н.Ю. Альтернативная идентичность в социальных сетях // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2013. – № 1. – С. 66–83.

4. Войскунский А.Е. Социальная перцепция в социальных сетях // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2014. – № 2. – С. 90–104.
5. Карпенко М.П., Фокина В.Н., Семенова Т.Ю., Абрамова А.В. Социальные сети в вузе // Социология образования. – 2014. – № 7. – С. 16–26.
6. Одинцова М.С., Антонова Н.В. Особенности идентичности людей, активно общающихся в сети Интернет // Журн. практ. психолога. – 2010. – № 4. – С. 37–58.
7. Пашенко А.Е., Тулупьева Т.В. Экспресс-анализ реплик и метаданных социальных сетей с использованием программных средств автоматизации получения данных // Список-2014 : материалы всерос. науч. конф. по пробл. информатики. – СПб. : БВМ, 2014. – С. 563–568.
8. Шалимов А.Б. Социальные сети как форма бытия и социальный институт // Журн. Сиб. федер. ун-та. Гуманит. науки. 2012. – № 7 (5). – С. 970–977.
9. Шишкова А.Р. Самопрезентация пользователей социальных сетей WEB 2.0 // Современ. исслед. соц. пробл. – 2010. – № 4. – С. 221–225.
10. Шумакова Е.В. Воспитательное пространство социальных сетей Интернета // Проф. образование. Столица. – 2011. – № 6. – С. 39–40.

Tulupyeva T.V., Tulupyeu A.L., Yushchenko N.A. Proyavlenie tsennostnykh orientatsii pol'zovatelei sotsial'nykh setei v kontente personal'nykh stranits (na primere seti "V kontakte") [Social networks users' value orientations expression in personal pages content (based on "V Kontakte" network)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 37–50.

Saint-Petersburg State University
(Russia, St. Petersburg, Staryy Petergof, Univesitetskiy Ave., 28);
Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy
of Sciences (Russia, St. Petersburg, 14-th Line, 39);
North-West Institute of Management of The Russian Presidential Academy
of National Economy and Public Administration
(Russia, St. Petersburg, Sredniy Ave., 57).

Tulupyeva Tatiana Valentinovna – PhD Psychol. Sci, Associate Prof. Saint-Petersburg State University (Russia, 198504, St. Petersburg, Staryy Petergof, Univesitetskiy Ave., 28); e-mail: tvt100a@mail.ru;

Tulupyeu Alexander Lvovich – Dr. Physical and Mathematical Sci. Associate Prof., Head of Laboratory, Saint-Petersburg Institute for Informatics and Automation of the Russian Academy of Sciences (Russia, 199178, St. Petersburg, 14-th Line, 39); e-mail: alexander.tulupyeu@gmail.com;

Yushchenko Nataliya Andreevna – PhD student, North-West Institute of Management of The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Russia, 199178, St. Petersburg, 10-th Line, 59); e-mail: natali_szags@mail.ru.

Abstract. The study approached a way to discover youth value orientations expression specifics that are reflected in the content of social networks users' messages published in their personal pages (based on "V Kontakte" network). In the 1st part of

the study, we recruited 126 people (students and trainees): average age of $(22 \pm 3,8)$ years, 63 % secondary education, 37 % higher education, 39 % men, 61 % women. In the 2nd part of the study, experts analyzed and identified more than 1300 messages according to the developed classification. 39 users published those messages from September 15, 2013 to March 15, 2014. 89,7 % of the respondents used to enter social networks more than once a day and spend 5 hours over there on average. Users' value orientations expression specifics appear to be linked with easily enough observable and recordable modes of behavior: messages publication frequency of various kinds (informational, imperative, and emotional). E.g., users with the need for love published emotional messages more often; users with the need for fun and entertainment messages containing advertisement and entertainment information, users with a high need for strengthening the ties of friendship, spiritual and moral self-improvement and low need for strong family messages with reasoning. The discovered specifics and mutual links are pragmatically important because they provide a way for youth social organizers to get an estimate of and to monitor youth mood and emotional status.

Keywords: social psychology, value orientations, youth, needs, Internet, social networks, messages classification

References

1. Azarov A.A., Brodovskaya E.V., Bubnov A.Yu. [et al.]. Predictor mining: primeneniye metodov intellektual'nogo analiza dannykh v zadachakh sotsial'nogo komp'yutinga [Predictor Mining: Data Mining application to Social Computing]. *Trudy SPIIRAN* [SPIIRAS Proceedings]. 2013. N 3. P. 136–161. (In Russ.)
2. Azarov A.A., Glazkov A.A., Dmitrieva O.V. [et al.]. Memy i sotsioinzhenernye ataki v virtual'nom prostranstve [Memes and social engineering attacks in virtual space]. *Trudy SPIIRAN* [SPIIRAS Proceedings]. 2013. N 7. P. 88–121. (In Russ.)
3. Voiskunskii A.E., Evdokimenko A.S., Fedunina N.Yu. Al'ternativnaya identichnost' v sotsial'nykh setyakh [Alternative identity in social networks]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [The Moscow University Herald. Series 14. Psychology]. 2013. N 1. P. 66–83. (In Russ.)
4. Voiskunskii A.E. Sotsial'naya pertseptsiya v sotsial'nykh setyakh [Social perception while social networking]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [The Moscow University Herald. Series 14. Psychology]. 2014. N 2. P. 90–104. (In Russ.)
5. Karpenko M.P., Fokina V.N., Semenova T.Yu., Abramova A.V. Sotsial'nye seti v vuzе [Social Network is Efficient Forming Tool for Peer Learning Environment]. *Sotsiologiya obrazovaniya* [Education Sociology]. 2014. N 7. P. 16–26. (In Russ.)
6. Odintsova M.S., Antonova N.V. Osobennosti identichnosti lyudei, aktivno obshchayushchikhsya v seti Internet [Identity specifics in people who actively communicate in the Internet]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Practical Psychologist Journal]. 2010. N 4. P. 37–58. (In Russ.)
7. Pashchenko A.E., Tulupyeva T.V. Ekspress-analiz replik i metadannykh sotsial'nykh setei s ispol'zovaniem programmnykh sredstv avtomatizatsii polucheniya dannykh [Express-analysis of messages and metha-data in social networks with data retrieving automation software]. *Spisok-2014* : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2014. P. 563–568. (In Russ.)

8. Shalimov A.B. Sotsial'nye seti kak forma bytiya i sotsial'nyi institut [Social Media as the Form of Being and Social Institute]. *Zhurnal Sibirskogo federal'nogo universiteta. Gumanitarnye nauki* [Journal of Siberian federal university. Humanities & social sciences]. 2012. N 7. P. 970–977. (In Russ.)

9. Shishkova A.R. Samoprezentatsiya pol'zovatelei sotsial'nykh setei WEB 2.0 [Self-presentation users of social networking Web 2.0]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Modern Research of Social Problems]. 2010. N 4. P. 221–225. (In Russ.)

10. Shumakova E.V. Vospitatel'noe prostranstvo sotsial'nykh setei Interneta [Internet social networks upbringing space]. *Professional'noe obrazovanie. Stolitsa* [Professional education. Capital]. 2011. N 6. P. 39–40. (In Russ.)

Received 21.11.2014

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОСТЕЙ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6)

Представлены аспекты психологической адаптации к болезни у 102 пациентов со злокачественными и предраковыми новообразованиями костей: остеосаркомой (n = 41), гигантоклеточной опухолью (n = 31) и хондросаркомой (n = 30). Для сравнительного анализа психологической адаптации к болезни пациентов трех клинических групп выбраны ее компоненты, наиболее релевантные ситуации онкологического заболевания: 1) особенности эмоционального состояния, 2) отношение к болезни и 3) способы копинга. Использовались психологические методики: «Доминирующее состояние», «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)», «Способы совладающего поведения». Полученные результаты выявили особенности переживаний и совладания со стрессом пациентов с тяжелыми формами поражений опорно-двигательного аппарата и могут быть использованы при разработке программ психологического сопровождения и реабилитации онкологических больных с фокусированием на проблемах, характерных для пациентов каждой нозологической группы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, эмоциональное состояние, отношение к болезни, совладающее поведение, злокачественные опухоли, саркома костей, гигантоклеточная опухоль.

В настоящее время во всем мире наблюдается рост числа онкологических заболеваний. Социальные мифы, существующие в современном обществе, причисляют данные заболевания к смертельным, и сам диагноз является серьезным стрессогенным фактором для пациента. Кроме того, онкологическое заболевание сопровождается тяжелым лечением и ухудшением качества жизни больных [1], а в случае злокачественных новообразований (ЗНО) костей терапия, как правило, включает хирургическое лечение с эндопротезированием, а в ряде случаев – ампутацию конечности.

Приведенные факты ставят вопрос о необходимости изучения эмоционального состояния больных с ЗНО костей. Также в настоящее время существенно увеличивается число отечественных и зарубежных исследований, посвященных качеству жизни онкологических больных как акту-

Усманова Екатерина Бахромовна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии Санкт-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: usmanovakate@yandex.ru.

альной проблеме медицины и клинической психологии, при этом в психологической структуре качества жизни пациента ключевое место занимает отношение к болезни [2]. В ситуации онкологического заболевания ряд исследователей указывает на стресс, испытываемый пациентами [3, 7, 8], что обуславливает необходимость изучения способов совладающего поведения этих больных.

Цель исследования – изучение характеристик психологической адаптации к болезни пациентов с ЗНО костей.

Материал и методы

Обследовали 102 пациента, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении общей онкологии Российского онкологического научного центра РАМН им. Н.Н. Блохина. Мужчин было 62 (61 %), женщин – 40 (39 %), возраст пациентов составил $(35,4 \pm 1,4)$ года. В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от диагноза. 1-ю группу составил 41 пациент, страдающий остеосаркомой (C40 по МКБ-10), ПВ стадия, 2-ю – 31 пациент с гигантоклеточной опухолью (D16 по МКБ-10), 3-ю – 30 пациентов с хондросаркомой G1, G2 (C40 по МКБ-10).

В целях изучения эмоционального состояния больных с ЗНО костей использовался опросник «Доминирующее состояние». [4] Для определения типов отношения к болезни пациентов с саркомой костей и гигантоклеточной опухолью применялась методика «ТОБОЛ». [5] В рамках изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения использовался опросник «Способы совладающего поведения» [6].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP.

Результаты и их анализ

В табл. 1 представлены результаты исследования доминирующего эмоционального состояния пациентов с ЗНО костей, проведенного с помощью опросника «Доминирующее состояние».

Как видно из табл. 1, между группой больных с остеосаркомой и пациентов с хондросаркомой обнаружены статистически значимые различия по шкале «Активное – пассивное отношение к жизненной ситуации». Для всех пациентов с ЗНО костей характерны средние значения по данной шкале, однако больные остеосаркомой склонны к более активному и оптимистическому отношению к жизненной ситуации, более готовы к преодолению препятствий, чем больные с хондросаркомой. Важно отметить, что пациенты с остеосаркомой характеризуются более молодым возрастом, чем больные остальных групп, что может влиять на большую выражен-

ность у этих пациентов стремления преодолеть препятствия и большее ощущения сил для этого.

Таблица 1

Доминирующее эмоциональное состояние у пациентов с ЗНО костей,
(M ± m) балл

Шкала методики	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Активное – пассивное отношение к жизненной ситуации	47,66 ± 2,09	43,5 ± 1,92	42,28 ± 1,81	1/3 – 0,05
Тонус высокий – низкий	28,85 ± 2,24	29,67 ± 1,84	28,55 ± 2,75	
Спокойствие – тревога	24,37 ± 1,86	28,60 ± 2,09	24,24 ± 2,67	
Устойчивость – неустойчивость эмоционального тона	30,24 ± 2,10	28,20 ± 1,96	29,52 ± 2,70	
Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью	42,10 ± 2,68	45,47 ± 2,14	38,28 ± 2,58	2/3 – 0,05
Положительный – отрицательный образ самого себя	30,44 ± 1,79	27,6 ± 1,35	24,76 ± 1,68	1/3 – 0,05

Для больных всех групп свойственны низкие значения по шкале «Тонус высокий – низкий», что позволяет сделать вывод о повышенной психической истощаемости и других астенических проявлениях у пациентов с ЗНО костей. Для данной группы больных характерна инертность и низкая работоспособность, снижен ресурс сил и повышена утомляемость. Полученные результаты можно интерпретировать с учетом текущей жизненной ситуации пациентов: длительное нахождение в онкологическом стационаре, хирургическое лечение, а в случае больных с остеосаркомой – прохождение химиотерапии, являются утомительными и изнуряющими больных.

Согласно полученным результатам, по шкале «Спокойствие – тревога» больные с ЗНО костей также характеризуются низкими значениями, что позволяет сделать вывод о повышенной склонности пациентов испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу благополучию без четкой оценки причин, предчувствовать будущую угрозу без ясного осознания ее источников.

Низкие значения по шкале «Устойчивость – неустойчивость эмоционального тона», характерные для пациентов с ЗНО костей, свидетельствуют о сниженной эмоциональной устойчивости больных, изменчивости настроения и повышенной раздражительности пациентов, а также о преобладании у них негативного эмоционального тона.

По шкале «Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом» для больных с ЗНО костей характерны низкие оценки. Согласно по-

лученным результатам, пациенты с ЗНО костей не удовлетворены жизнью в целом, низко оценивают личностную успешность; для них характерно неполное самораскрытие, отсутствие ощущения внутренней опоры, а также уход в сомнения, позволяющий уклониться от необходимости делать жизненный выбор. При этом больные с гигантоклеточной опухолью более, чем пациенты с хондросаркомой, удовлетворены своей жизнью и готовы брать на себя ответственность за происходящее с ними.

Низкие оценки, характерные для пациентов с ЗНО костей, по шкале «Положительный – отрицательный образ самого себя» свидетельствуют о высокой критичности в оценке себя и стремлении быть искренними, кроме того, эти данные говорят о негативном отношении к себе, которое у пациентов с хондросаркомой выражено более, чем у больных остеосаркомой.

В табл. 2 приведены результаты изучения типов отношения к болезни пациентов с ЗНО костей.

Таблица 2
Отношение к болезни по шкале ТООБОЛ у пациентов с ЗНО костей, (M ± m) балл

Тип отношения к болезни	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Гармоничный	11,73 ± 3,18	21,3 ± 3,55	21,47 ± 3,70	1/2 – 0,05 1/3 – 0,05
Эргопатический	25,56 ± 2,09	28,97 ± 2,87	28,87 ± 3,06	
Анозогнозический	11,85 ± 3,07	16,77 ± 3,5	13,30 ± 2,98	
Тревожный	9,15 ± 1,90	13,03 ± 1,73	13,27 ± 1,93	
Ипохондрический	9,73 ± 1,15	9,43 ± 1,78	11,10 ± 1,48	
Неврастенический	7,61 ± 0,95	9,93 ± 1,26	8,17 ± 1,01	
Меланхолический	4,15 ± 0,70	4,13 ± 1,22	4,47 ± 1,10	
Апатический	4,24 ± 0,74	3,73 ± 0,92	4,47 ± 0,71	
Сенситивный	18,88 ± 1,50	20,2 ± 1,36	20,27 ± 2,05	
Эгоцентрический	8,10 ± 0,78	11,1 ± 1,13	9,43 ± 0,91	
Паранойальный	5,46 ± 0,75	7,20 ± 0,98	5,53 ± 0,97	
Дисфорический	3,76 ± 0,78	5,93 ± 1,30	3,06 ± 0,78	

Согласно данным, представленным в табл. 2, у больных с хондросаркомой и ГКО чаще встречается гармоничный тип отношения к болезни, чем в группе пациентов с остеосаркомой, что может быть связано с преобладанием у больных остеосаркомой стратегии стресс-преодолевающего поведения «Избегание», как будет показано далее.

Для всей группы больных с ЗНО костей необходимо отметить преобладание эргопатического типа отношения к болезни по сравнению с другими типами реагирования на болезнь, что позволяет сделать вывод о склонности пациентов с ЗНО костей реагировать на болезнь «уходом в работу».

В табл. 3 представлены результаты изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения по методике «Способы совладающего поведения» у больных с ЗНО.

Таблица 3
Стратегии стресс-преодолевающего поведения у пациентов с ЗНО костей,
(M ± m) балл

Шкала методики	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Конфронтация	49,05 ± 1,57	47,42 ± 1,60	47,00 ± 2,43	
Дистанцирование	49,68 ± 1,54	49,39 ± 2,07	48,12 ± 2,78	
Самоконтроль	48,73 ± 1,63	47,84 ± 2,08	45,00 ± 2,86	
Поиск социальной поддержки	48,45 ± 2,03	49,00 ± 1,82	46,50 ± 2,07	
Принятие ответственности	45,10 ± 1,85	47,81 ± 1,56	44,12 ± 1,97	
Бегство – избегание	52,48 ± 1,14	48,19 ± 1,84	47,00 ± 2,55	1/2 – 0,05 1/3 – 0,05
Планирование решения проблемы	48,80 ± 1,81	47,13 ± 1,89	47,58 ± 2,39	
Положительная переоценка	51,45 ± 1,87	47,81 ± 1,92	47,38 ± 2,19	

Как видно из табл. 3, для больных саркомой костей и гигантоклеточной опухолью характерно умеренное использование стратегий стресс-преодолевающего поведения, без преобладания определенной стратегии. Однако выявлены различия между группами больных.

Согласно полученным данным, среди больных остеосаркомой преобладает стратегия «Бегство – избегание», рассматриваемая как неадаптивная, по сравнению с больными гигантоклеточной опухолью и хондросаркомой. Предпочтение больными остеосаркомой данной стресс-преодолевающей стратегии, возможно, связано с повышенным уровнем тревоги больных этой группы, согласно данным опросника «Доминирующее эмоциональное состояние», как было указано выше. Кроме того, результаты исследования типов отношения к болезни также позволяют сделать вывод о преобладании среди пациентов с остеосаркомой реагирования на болезнь по тревожному типу.

Заключение

Таким образом, сравнительный анализ доминирующего эмоционального состояния, отношения к болезни и стратегий совладающего поведения в группах пациентов с различными нозологическими формами злокачественных новообразований костей позволяет выделить основные особенности пациентов разных групп и сделать вывод о возможных направлениях психотерапевтической работы в каждой нозологической группе.

Согласно результатам проведенного исследования, для всей группы больных со злокачественными новообразованиями костей характерна повышенная тревожность, низкая эмоциональная устойчивость и реагирование на болезнь «уходом в работу». При разработке программы психологической помощи пациентам данной группы представляется целесообразным, в первую очередь, фокусирование на работе с тревогой и эмоциональной неустойчивостью.

В частности, для больных остеосаркомой характерно преобладание стратегии стресс-преодолевающего поведения по типу избегания. Таким образом, программа психологического сопровождения этих пациентов может включать работу с неадаптивной стратегией стресс-преодолевающего поведения и формирование навыков совладания со стрессом.

Следует также отметить, что для больных хондросаркомой характерно негативное отношение к себе и неудовлетворенность своей жизнью. Психологическое консультирование больных данной группы может включать работу с самооценкой и формирование готовности больных изменять свою жизнь, делая ее более удовлетворительной для себя.

Литература

1. Демин Е.В., Чулкова В.А. Качество жизни больных раком молочной железы как социально-психологическая проблема // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 126–129.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сиб. психол. журн. – 2008. – № 27. – С. 67–71.
3. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 16–19.
4. Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Разработка и проверка методик. – СПб., 2003. – 64 с.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. – СПб., 2005. – 32 с.
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб., 2010. – 192 с.
7. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabore J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer // John Hopkins School of Medicine&Oncology Center. – Baltimore, 2001. – 118 p.
8. Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. – 9th Edition. – Lippincott Williams&Wilkins, 2009. – P. 97–115.

Usmanova E.B. Psikhologicheskaya adaptatsiya k bolezni patsientov so zlo-kachestvennymi novoobrazovaniyami kostei [Psychological adjustment to disease in patients with malignant bone tumor]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 51–58.

Saint Petersburg State University
(Russia, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6)

Usmanova Ekaterina Bakhromovna – graduate student of the Department of Medicine Psychology and Psychophysiology of Saint-Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6); e-mail: usmanova-kate@yandex.ru.

Abstract. The article is devoted to study psychological adjustment to disease in 102 patients with malignant and premalignant bone tumor. The diagnoses are osteosarcoma (41 persons), giant cell tumor (31 persons) and chondrosarcoma (30 persons). For the purpose of comparative analysis of psychological adjustment to disease in the clinical groups' patients the most relevant for case of malignant tumor disease components were selected. The components are: 1) features of emotional condition; 2) relation to disease and 3) coping strategies. The psychological methods were: "Prevalent emotional condition", "The type of relation to disease", "Coping strategies". The results revealed features of emotional experience and coping characteristics in patients with severe defeat of locomotor apparatus. These results can be used in working out programs of psychological accompaniment and rehabilitation for oncological patients with focusing on the problems those are specific for each nosological group.

Key words: clinical (medical) psychology, emotional state, relation to disease, coping strategies, malignant tumors, bone sarcoma, giant cell tumor.

References

1. Demin E.V., Chulkova V.A. Kachestvo zhizni bol'nykh rakom molochnoi zhelezy kak sotsial'no-psikhologicheskaya problema [Quality of life in patients with breast cancer as social and psychological problem]. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii* [Psychological diagnostic of relation to disease in patients with mental and somatic pathology]. Leningrad. 1990. P. 126–129. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. Vnutrennyaya kartina bolezni v strukture kachestva zhizni u bol'nykh s somaticheskoi patologiei [Internal image of disease in quality of life structure disease in patients with somatic pathology]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2008. N 27. P. 67–71. (In Russ.)
3. Kasimova L.N., Ilyukhina T.V. Rezul'taty psikhopatologicheskogo i psikhologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bol'nykh [The results of psychopathological and psychological study in oncological patients]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental disease in medicine]. 2007. N 3. P. 16–19. (In Russ.)
4. Kulikov L.V. Rukovodstvo k metodikam diagnostiki psikhicheskikh sostoyanii, nastroenii i sfery chuvstv. Razrabotka i proverka metodik [The manual to diagnostic methods of mental states, mood and feelings. Methods working out and test]. Sankt-Peterburg. 2003. 64 p. (In Russ.)

5. Vasserman L. I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni [Psychological diagnostic of relation to disease]. Sankt-Peterburg. 2005. 32 p. (In Russ.)

6. Vasserman, L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika [Coping: theory and psychodiagnostic]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.)

7. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabore J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer. John Hopkins School of Medicine&Oncology Center, Baltimore, 2001. 118 p.

8. Sadock B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. – 9th Edition. – Lippincott Williams&Wilkins, 2009. – P. 97–115.

Received 02.12.2014 r.

МНОГОМЕРНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Институт экономики и бизнеса (Россия, Москва, ул. Дубининская, д. 51)

Выполнено исследование социально-психологических факторов риска суицидального поведения у 72 мужчин и 34 женщин трудоспособного возраста (20–60 лет) с высоким уровнем риска суицидального поведения. Факторный анализ показателей психологических тестов показал, что у мужчин при высоком риске суицидального поведения ведущими являются личностные особенности (импульсивность, агрессивность, тревожность), приводящие к высокому уровню конфликтности с окружающими и, как следствие, к социальной изоляции, замкнутости и самоагрессии, а также возраст. У женщин риск суицида детерминирован несформированностью семейных отношений, отсутствием понимания, сочувствия и поддержки окружающих при высокой ранимости и чувствительности, пассивности поведения.

Ключевые слова: суицид, риск суицидального поведения, гендерные особенности, трудоспособный возраст, агрессия, самоагрессия, тревожность, конфликтность, факторный анализ.

Введение

Российское общество на протяжении последних десятилетий находится в состоянии глубокой психологической дезадаптации, вызванной социально-экономическими и культурно-нравственными изменениями, произошедшими в России в XX в., и событиями, происходящими в начале XXI в. Россия является одной из стран, для которой особенно актуальна проблема самоубийств [3]. Это определяет необходимость принятия неотложных мер профилактики и поиска факторов риска самоубийств.

Наиболее простым и наглядным показателем уровня самоубийств в той или иной стране, регионе или среди различных групп населения явля-

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

Градскова Ульяна Игоревна – аспирант Ин-та экономики и бизнеса (ИНЭКБИ) (Россия, 115054, Москва, ул. Дубининская, д. 51); e-mail: Yliel@icloud.com.

ется количество завершенных самоубийств на 100 тыс. населения. Уровень самоубийств в стране рассматривается как низкий при количестве завершенных суицидов до 10 на 100 тыс., как средний – при аналогичном показателе от 10 до 20 [5]. Если этот показатель превышает цифру 20, то уровень самоубийств считается высоким. В 2012 г. в России покончили жизнь самоубийством 29 735 человек, а уровень самоубийств составил 20,8 на 100 тыс. населения страны [4]. Отмечается возрастание частоты завершенных суицидов среди населения трудоспособного возраста (20–60 лет, преимущественно среди мужчин), что влечет за собой негативные демографические и экономические последствия для российского общества.

Согласно статистическим данным, количество суицидов у женщин почти в 5 раз меньше, чем у мужчин. В структуре завершенных суицидов преобладают мужчины (их доля в сравнении с женщинами составляет около 80 %). Существующая диспропорция требует проведения дополнительных исследований с целью изучения факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста.

Материал и методы

Проведено исследование 106 лиц трудоспособного возраста (20–60 лет) с высоким уровнем риска суицидального поведения, ориентированное на выявление социально-психологических факторов риска суицидального поведения. 52 человека (49 %) имели возраст 20–39 лет, 54 (51 %) – 40–60 лет. Мужчин было 72 (68 %), женщин – 34 (32 %).

Выделение групп с высоким и низким уровнями риска суицидального поведения производилось с помощью экспресс-опросника SR-45 и анамнестических критериев. Методика для выявления риска суицида SR-45, предложенная П.И. Юнацкевичем [9], включает 45 вопросов, которые позволяют рассчитать уровень риска суицидального поведения в следующей градации: низкий уровень риска суицида (0,01–0,23 балла); ниже среднего (0,24–0,38 балла); средний уровень риска суицида (0,39–0,59 балла); выше среднего (0,60–0,74 балла); высокий уровень риска суицида (0,75–1,00 балла).

В группы с высоким риском суицидального поведения были включены лица, у которых по данным теста SR-45 уровень риска суицида был 0,60 и более балла, а также имеющие по данным анамнеза суицидальные попытки в прошлом, демонстративно-шантажное поведение и обращения с данной проблемой к врачу психиатру или психотерапевту.

Мужчины и женщины с высоким риском суицидального поведения прошли психологическое обследование с помощью психодиагностических методик: опросник ОПРВ (отношение к работе и профессиональное «вы-

горание») [2], методика «MSPSS» (многомерная шкала восприятия социальной поддержки) [7], опросник SACS «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» [1, 7], опросник ИТО (индивидуальный типологический опросник) [8] и «Методика измерения степени агрессивности» (МИУА) Л.Г. Почебут [7].

Для анализа социально-психологических факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста была проведена математико-статистическая процедура многомерного факторного анализа методом главных компонент.

Результаты и их анализ

В группе мужчин с высоким риском суицидального поведения были выделены 3 основных фактора, суммарная дисперсия (ДП) которых образует 63,4 % от всех показателей выборки.

1-й фактор объединяет 10 переменных, его ДП составляет 28,4 % (табл. 1). Состав переменных, вошедших в 1-й фактор, можно обобщить в смысловое содержание фактора «Личностно-ситуативный риск суицидального поведения». Название фактора определяется показателями, указывающими на отсутствие социальной поддержки у лиц данной группы (MSPSS), негативную оценку собственного здоровья и текущей жизненной ситуации, негативное психологическое состояние, связанное с трудовой деятельностью и жизнедеятельностью (ОПРВ), личностные свойства, сопутствующие дезадаптивному состоянию или служащими ему причиной (ИТО, SACS), при этом мужчины с высоким риском суицидального поведения склонны винить во всем самих себя и обращать собственную агрессию на себя (МИСА).

2-й фактор при ДП = 23,8 % объединяет 6 переменных (см. табл. 1). Показатели 2-го фактора обобщают по смыслу переменные, указывающие на «Агрессивно-конфликтное поведение». Название фактора указывает на высокую агрессивность и конфликтность мужчин (ИТО, SACS и МИСА), вошедших в группу с высоким риском суицидального поведения, отсутствие у них стремления мирно ужиться с окружающими, и, как следствие, можно отметить пониженные значения помощи и психологической поддержки коллег в работе (ОПРВ), что приводит лишь к ухудшению ситуации. В этот фактор вошел также показатель возраста мужчин.

3-й фактор объединил 4 переменные при ДП = 11,2 % (см. табл. 1), которые по смысловому содержанию можно назвать «Замкнутость и самоагрессия». Обоснованность названия данного фактора демонстрируют состав и свойства переменных, свидетельствующих о повышенной чувствительности, мнительности, погруженности во внутренний мир, сочетаю-

щихся со склонностью к самообвинениям (ИТО) и отсутствием социальной поддержки (MSPSS).

Таблица 1

Факторный анализ показателей группы мужчин с высоким риском суицидального поведения

Фактор и его вес	Показатель (шкала) методики	Факторная нагрузка
F ₁ «Личностно-ситуативный риск суицидального поведения», ДП = 28,4 %	«Семейная поддержка» MSPSS	-0,976
	«Состояние здоровья и общая адаптация» ОНРВ	-0,931
	«Напряженность в работе» ОНРВ	0,879
	«Шкала тревожности» ИТО	0,853
	«Эмоциональное истощение» ОНРВ	0,813
	«Дружеская поддержка» MSPSS	-0,796
	«Шкала агрессивности» ИТО	0,767
	«Импульсивные действия», SACS	0,759
	«Самоагрессия» МИУА	0,725
	«Общая самооценка» ОНРВ	-0,673
F ₂ «Агрессивно-конфликтное поведение», ДП = 23,8 %	«Шкала ригидности» ИТО	0,931
	«Физическая агрессия», МИСА	0,897
	«Помощь и психологическая поддержка коллег в работе» ОНРВ	-0,849
	«Шкала неконформности» ИТО	0,791
	«Избегание» SACS	0,733
	«Шкала конфликтности» ИТО	0,687
F ₃ «Замкнутость и самоагрессия», ДП = 11,2 %	Возраст, лет	0,656
	«Шкала сензитивности» ИТО	0,939
	«Значимые другие», MSPSS	-0,887
	«Самоагрессия» МИСА	0,863
	«Шкала интроверсии» ИТО	0,795

Обобщив данные факторного анализа, можно заключить, что у мужчин при высоком риске суицидального поведения на первый план выходят личностные особенности (импульсивность, агрессивность, тревожность), приводящие к высокому уровню конфликтности с окружающими и, как следствие, к социальной изоляции, замкнутости и самоагрессии, а также возраст.

В группе женщин с высоким риском суицидального поведения были также получены 3 основных фактора, ДП которых объединяет 65,8 % от всех показателей выборки.

Наиболее мощный из полученных факторов – 1-й (ДП = 29,7 %), объединяет 11 переменных (табл. 2). Состав переменных, вошедших в 1-й фактор, можно назвать фактором «Социально-личностная дезадаптация». Переменные, вошедшие в 1-й фактор, указывают на отсутствие прежде всего семейной социальной поддержки, что для женщин является наиболее

критичным, и, в целом, на существенно сниженные социальные ресурсы (MSPS, SACS, ИТО), неудовлетворенность текущей профессиональной деятельностью (ОПРВ), сопровождаемую повышенной агрессивностью, тревожностью, нереализованными стремлениями к лидерству (ИТО) и склонностью к импульсивным, необдуманным поступкам (SACS).

Таблица 2

Факторный анализ показателей группы женщин
с высоким риском суицидального поведения

Фактор и его вес	Показатель (шкала) методики	Факторная нагрузка
F ₁ «Социально-личностная дезадаптация», ДП = 29,7 %	«Семейная поддержка» MSPS	-0,972
	«Поиск социальной поддержки», SACS	-0,944
	«Снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости» ОПРВ	0,917
	«Вербальная агрессия» МИСА	0,893
	«Шкала коммуникативности» ИТО	-0,847
	«Вступление в социальный контакт» SACS	-0,791
	«Шкала индивидуализма» ИТО	0,783
	«Эмоциональная агрессия» МИСА	0,759
	«Шкала тревожности» ИТО	0,734
	«Импульсивные действия» SACS	0,699
«Шкала лидерства» ИТО	0,627	
F ₂ «Пассивность и повышенная чувствительность», ДП = 22,4 %	«Самоагрессия» МИСА	0,953
	«Дружеская поддержка» MSPSS	-0,882
	«Избегание» SACS	0,865
	«Шкала сезитивности» ИТО	0,851
	«Состояние здоровья и общая адаптация» ОПРВ	-0,823
	«Шкала зависимости» ИТО	0,795
	«Эмоциональное истощение» ОПРВ	0,783
«Шкала конформности» ИТО	0,749	
F ₃ «Демонстративно-манипулятивное поведение», ДП = 13,7 %	«Манипулятивные действия» SACS	0,928
	«Поддержка коллег по работе» MSPSS	-0,911
	«Общая самооценка» ОПРВ	-0,882
	«Шкала аггравации» ИТО	0,876
	«Напряженность в работе» ОПРВ	0,799

2-й фактор (ДП = 22,4 %), объединяет 8 переменных (см. табл. 2), указывающих на «Пассивность и повышенную чувствительность». Название фактора определяется высоким уровнем самоагрессии и эмоционального истощения при высоком уровне ранимости и чувствительности, стремлением уходить от решения возникающих проблем, откладывать их на «потом», что может приводить к серьезным психологическим проблемам (МИСА, SACS, ОПРВ, ИТО), отсутствием социальных ресурсов и низкой самооценкой самочувствия и общей жизненной ситуации (MSPSS, ОПРВ).

В 3-й фактор (ДП = 13,7 %) вошли 5 переменных (см. табл. 2), которые по смыслу содержания можно обобщить названием «Демонстративно-манипулятивное поведение». Обоснованность названия данного фактора демонстрируют стремление манипулировать окружающими, скрывать и приукрашивать истинное внутреннее состояние и высокое напряжение, связанное с профессиональной деятельностью (ИТО, SACS, SACS), отсутствие нормальных, дружеских отношений в рабочем коллективе и общей низкой самооценке (MSPSS, ОППВ).

Обобщив данные факторного анализа, можно заключить, что у женщин при высоком риске суицидального поведения на первый план выходит несформированность семейных отношений, отсутствие понимания, сочувствия и поддержки окружающих при высокой ранимости и чувствительности, пассивности поведения, стремлении к демонстративно-манипулятивному поведению.

Заключение

Исследование социально-психологических факторов риска суицидального поведения у мужчин и женщин трудоспособного возраста показало наличие между ними существенных отличий и свидетельствует о высокой значимости личностных (индивидуально-психологических) и социальных (семейные отношения, взаимоотношения с окружающими, социальная поддержка) факторов в формировании гендерных особенностей суицидального поведения.

Структура полученных факторов характеризует специфические гендерные особенности суицидального поведения и причины, способствующие его формированию. Например, у мужчин – это личностные особенности (импульсивность, агрессивность, тревожность), приводящие к высокому уровню конфликтности с окружающими и, как следствие, к социальной изоляции, замкнутости и самоагрессии, а также возраст; у женщин – несформированность семейных отношений, отсутствие понимания, сочувствия и поддержки окружающих при высокой ранимости и чувствительности, пассивности поведения, стремлении к демонстративно-манипулятивному поведению.

Литература

1. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонов Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
2. Винокур В.А. Опросник ОППВ (отношение к работе и профессиональное «выгорание»). – СПб. : СПбМАПО, 2009. – 23 с.
3. Гулин К.А., Морев М.В. Суицидальное поведение населения: факторы риска и возможности управления // Материалы XI международной науч. конф.

по проблемам развития экономики и общества / отв. ред. Е.Г. Ясин. – М. : ВШЭ, 2011. – С. 217–229.

4. Демографический ежегодник России : стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – 475 с.

5. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / ред. Д. Васерман. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.

6. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. – М. : Флинта, 2011. – 256 с.

7. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов / под ред. В.Ю. Рыбникова, С.В. Чермянина. – СПб. : Айсинг, 2009. – 216 с.

8. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. – М. : ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.

9. Юнацкевич П.И. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения. – СПб. : ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1998. – 160 с.

Rybnikov V.Y., Gradskova U.I. *Mnogomernyi analiz sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov riska suitsidal'nogo povedeniya u muzhchin i zhenshchin trudospobnogo vozrasta [Multidimensional analysis of socio-psychological risk factors for suicidal behavior in men and women of working age]. Vestnik psikhoterapii [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 59–66.*

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
Institution Institute of Economics and Business (Russia, Moscow, Dubininskaya Str., 51)

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

Gradskova Ulyana Igorevna – graduate student of Institute of Economics and Business (Russia, 115054, Moscow, Dubininskaya Str., 51); e-mail: Yliel@icloud.com.

Abstract. Social and psychological risk factors for suicidal behavior were assessed in 72 men and 34 women of working age (20-60 years) with a high risk of suicidal behavior. Factor analysis of psychological tests showed that in men at high risk of suicidal behavior, besides their age, personality traits (impulsivity, aggression, anxiety) predominate; this results in proneness to conflict with others and, as a consequence, social isolation, unsociability and self-aggression. In women, the risk of suicide is driven by abnormal family relationships, lack of understanding, compassion and support from others, along with high vulnerability, sensitivity and passive behavior.

Keywords: suicide, risk of suicidal behavior, gender features, working age, aggression, self-aggression, anxiety, proneness to conflict, factor analysis.

References

1. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonov E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika [Coping: theory and psychological testing]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.)
2. Vinokur V.A. Oprosnik OPRV (otnoshenie k rabote i professional'noe «vygoranie») [Questionnaire on job burnout and attitude to work]. Sankt-Peterburg. 2009. 23 p. (In Russ.)
3. Gulin K.A., Morev M.V. Suitsidal'noe povedenie naseleniya: faktory riska i vozmozhnosti upravleniya [Suicidal behavior of the population: risk factors and management capabilities]. Materialy XI mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva [Proceedings of the XI International Academic Conference on Economic and Social Development]. Ed. E.G. Yasin. Moskva. 2011. P. 217–229. (In Russ.)
4. Demograficheskii ezhegodnik Rossii [Demographic Yearbook of Russia]. 2012. Moskva. 2013. 475 p. (In Russ.)
5. Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiistv [Vain death: causes and prevention of suicide]. Ed. D. Vasserman. Moskva. 2005. 310 p. (In Russ.)
6. Pogodin I.A. Suitsidal'noe povedenie: psikhologicheskie aspekty [Suicidal behavior: psychological aspects]. Moskva. 2011. 256 p. (In Russ.)
7. Psikhodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptatsionnykh narushenii v praktike klinicheskikh psikhologov [Psychodiagnostic methods to identify maladjustments in the practice of clinical psychologists]. Eds.: Rybnikov V.Yu., Chernyamin S.V. Sankt-Peterburg. 2009. 216 p. (In Russ.)
8. Sobchik L.N. Vvedenie v psikhologiyu individual'nosti [Introduction to psychology of personality]. Moskva. 2000. 512 p. (In Russ.)
9. Yunatskevich P.I. Osnovy psikhologo-pedagogicheskoi diagnostiki i korektsii suitsidal'nogo povedeniya [Fundamentals of psycho-pedagogical diagnosis and correction of suicidal behavior]. Sankt-Peterburg. 1998. 160 p. (In Russ.)

Received 21.11.2014.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 371.39

Я.О. Федоров, Н.В. Семенова, К.Л. Буланов

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В ФОРМАТЕ СЕМИНАРА-ПРАКТИКУМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Санкт-Петербургский городской психоневрологический диспансер № 7
(Россия, Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50);
Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);
Уральский государственный медицинский университет
(Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3)

Раскрыта проблема преподавания психологических дисциплин в групповой психодинамической психотерапии. Авторы использовали обратную связь (короткий опросник) и пришли к выводу, что интерактивные формы преподавания в виде краткосрочной психодинамической группы являются эффективным способом обучения. Использованный формат преподавания позитивно сказывается на восприятии теоретического материала и внутреннем комфорте слушателей.

Ключевые слова: групповая психотерапия, интерактивность, современный психоанализ.

Введение

Повышение качества подготовки как медицинских кадров, так и специалистов с немедицинским (в первую очередь, психологическим) образованием неразрывно связано с совершенствованием качества процесса обучения и внедрением в преподавательскую деятельность новых информационных и обучающих технологий [3, 4].

Актуальность затрагиваемой темы видится в сложности преподавания клинических психологических дисциплин, в частности в недостатке

Фёдоров Ян Олегович – канд. мед. наук, зав. дневным стационаром № 1, С.-Петерб. гор. психоневрол. диспансер № 7 (со стационаром) (Россия, 198020, Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50); e-mail: orthodox@mail.ru;

Семенова Наталья Владимировна – д-р мед. наук, рук. науч.-организацион. отд-ния, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: nvs@bekhterev.ru;

Буланов Константин Леонидович – ассистент каф. клинич. психологии, Уральский гос. мед. ун-т (Россия, 620109, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3); e-mail: bukle@bk.ru.

инструментов и методов, помогающих будущим клиническим психологам (психотерапевтам) «погрузиться» в специальность. Кроме того, приобретение психологического знания – процесс довольно травматичный, поскольку заставляет столкнуться с новыми представлениями о себе самом, зачастую малоприятными.

В современной системе образования, нацеленной на овладение учащимися рядом «навыков-компетентностей», нередко теряется сам субъект – студент как личность, что для гуманитарных специальностей является недопустимым. Кстати, подобная негативная тенденция существует и в современной отечественной медицине – за массой формальностей постепенно теряется сам пациент (5 мин занимают осмотр и беседа, а 20 – заполнение различных документов). Формализация медицины в виде стандартизации имеет свою позитивную сторону, так как позволяет разработать относительно однозначные критерии и требования к условиям и методам предоставления медицинских процедур и удовлетворению спроса на услугу и тем самым объективирует оценку эффективности медицинского обслуживания. Но вместе с тем высказываются обоснованные опасения, что процесс стандартизации, особенно в области нейронаук, приведет не только к утрате нозологического (патогенетического) подхода и, в конечном счете, к утрате профессионального клинического мышления [1], но также к смещению фокуса с личности больного на отдельные симптомы вне контекста нозологии, его микро- и макросоциальных связей.

Авторы захотели поделиться собственным опытом преподавания, вмещающим теорию и интерактивную составляющую, что позволяет сделать слушателя непосредственным и активным участником образовательного процесса.

Предварительно следует сделать ряд пояснений, касающихся терминологии. В статье ведущий группы будет называться «дирижером». Формат группы как психодинамический (психоаналитический) определен на основе того, что дирижер придерживался модели современного психоанализа, в основе которого лежит стратегия развития эмоциональных коммуникаций между участниками, управление агрессией, понимание переносов (проекции прошлого опыта участников друг на друга), разрешение актуальных сопротивлений (в широком смысле всему тому, что мешает вербализации), а также специфика распределения групповых ролей и внутригрупповая динамика. Когда речь будет идти о группе как о психотерапевтическом методе (интерактивная часть семинара), будет использоваться термин «групповая сессия».

За два последних десятилетия сформировалась отечественная психоаналитическая школа. Есть уважаемые учреждения с квалифицированными

ми преподавателями, которые во многом не уступают иностранным учебным заведениям. Однако нельзя сказать, что интерес к психотерапии вообще и психоанализу в частности растет (за рубежом определенно снижается). Во многом этому способствует, по мнению авторов, то, что мало используется интерактивный компонент обучения. Акцент делается на теории, словно залог будущего профессионального успеха – это профессиональная идентичность, укорененная в признанной парадигме, умение ориентироваться в «правильных» источниках и устоявшихся подходах. Кажется неслучайным, что те институты, которые используют не только «мысли», но и «чувства» в образовательном процессе в виде различных форм интерактивности, обеспечивают себе как достойный набор студентов, так и высокое место в профессиональном рейтинге. В частности, это Нью-Йоркский институт групповых исследований (The Center for Group Studies), с которым тесно связаны такие известные психотерапевты, как Х. Спотниц, Л. Ормонт, Л. Эпстейн и Э. Лигнер, на мнение которых мы будем ссылаться далее.

Современный американский групповой анализ берет свое начало с середины 1950-х гг. и тесно связан с именем Х. Спотница, по мнению которого, групповая терапия имеет важные преимущества, скрытые в самих участниках группы [9]. Эмоциональную силу, обеспечивающую позитивные изменения участников группы, он называл конструктивным эмоциональным обменом. Его ученик и последователь, а также основатель упомянутого выше института Л. Ормонт отмечал, что групповые супервизии (получение рекомендаций по клиническому случаю от опытного коллеги) и контрпереносы (переживания психотерапевтов в ходе работы с клиентами) могут быть впечатляющими средствами обучения и профессионального роста [7]. Одним из сложных моментов для ведущего и участников группы будет управление агрессивными чувствами, сила которых может быть использована для прогресса [2, 6, 8].

Структура семинара

Семинар-практикум по теме «Современный американский психоанализ групп: теория, техники и практика» проводился в Уральском государственном медицинском университете (г. Екатеринбург) 26–27 апреля 2014 г. Слушателями были преимущественно студенты этого вуза (кафедры клинической психологии), а также несколько психотерапевтов психоаналитического направления. Следует отметить, что для всех слушателей это был новый материал.

Целью семинара было познакомить коллег с теорией и техникой современного американского группового психоанализа, ориентированного на

работу с различными клиентами, в том числе с пациентами психотического и психосоматического спектра. Программа семинара состояла из типичного набора рассматриваемых тем (суть группового процесса, особенности формирования группы, перенос и сопротивление в группе, техники и практические аспекты). Семинар проходил в течение двух дней – субботы и воскресенья. В субботу – с 12.00 до 19.30, в воскресенье – с 10.00 до 17.30. Каждый день обучения состоял из четырех пар: день начинался и заканчивался лекцией (лекционная часть семинара), вторая и третья пары – групповая сессия или групповая супервизия (интерактивная часть семинара). Каждая пара длилась 2 академических часа (90 мин).

Стоит подробнее указать на построение семинара.

1-й день – лекция № 1 («Что такое современный американский групповой психоанализ и зачем он нужен?»), 1-я групповая сессия, перерыв на обед, 2-я групповая сессия, лекция № 2 («Основные понятия – качества терапевта, перенос, контрперенос, сопротивление и др.»).

2-й день – лекция № 3 («Формирование группы, контракт, начало работы и техники»), 3-я групповая сессия, перерыв на обед, групповая супервизия (4-я группа), лекция № 4 («Практические вопросы групповой терапии»). После первой и третьей пары были короткие кофе-брейки по 15 мин.

Описание динамики групп

Наибольший интерес для практики представляет динамика группового процесса (интерактивная часть семинара), поэтому будет оправданным начать именно с нее. По понятным этическим соображениям авторы не будут давать подробное описание хода сессий и реакций участников, хотя последние дали согласие на публикацию. Тем не менее возможно показать некоторые тенденции, обсуждаемые темы и контрперенос (реакции самого дирижера на переносы клиентов).

Ведение группы в данном формате имело ряд сложностей. О трудностях формата краткосрочной «учебной» группы с «аквариумом» («аквариум» – это люди, наблюдающие за групповой сессией извне, они не являются участниками группы) предупреждали коллеги – опытные ведущие групп, когда авторы консультировались с ними о возможных вариантах проведения данного семинара. Во-первых, наличие «аквариума» нарушало основополагающие правила безопасности и конфиденциальности. Во-вторых, большинство людей знали друг друга ранее, таким образом, участники вошли в группу с уже сложившимися переносами, о которых дирижеру ничего не было известно. В-третьих, краткосрочность: 3 групповые сессии – слишком короткое время, чтобы проявилась отчетливая динамика и наладилось эффективное взаимодействие. В-четвертых, группы с числом участников

более 12 редко практикуются в психодинамическом сеттинге (труднее распределять время, сложнее вовлекать молчащих, больше чувств и т. п.).

Перед началом групповой сессии дирижер сказал, что группа будет иметь закрытый характер и всего состоится три групповых сессии: 1-я и 2-я – в субботу и 3-я – в воскресенье (4-я – это супервизионная группа с другими задачами). Также было сказано, что групповые сессии могут быть ориентированы на определенные темы, например, как начать собственную практику или отношения мужчин и женщин. Описание трех групповых сессий будет проведено по плану – численность, обсуждаемые темы, динамика группы и чувства дирижера (контрперенос).

1-я групповая сессия. Участвует 14 человек, большинство студентов упомянутого вуза без практического опыта работы.

Обсуждаемые темы. Будет ли группа развиваться в соответствии с заданной темой, и какой будет тема? Что участники хотят получить от группы?

Динамика. Много юмора, взаимодействие по большей части идет между несколькими участниками. Дирижер старается включить всех в работу, особенно молчащих, за счет техники бриджинга (создание или укрепление эмоциональных связей между участниками группы). Много прямых вопросов к ведущему. Один из участников был особенно активен, чем вызывал на себя агрессию других. Дирижер старался позитивно переработать нападения на него, транслируя идею: «этот участник спасает группу от молчания и делает меня успешным терапевтом – благодаря ему группа не молчит». Группа заканчивается вопросом участников: что же будет на 2-й групповой сессии? Ведущий отвечает, что на следующей группе будет агрессия.

Контрперенос. Опасения, что эксперимент с такой группой «провалится», быстро сменились спокойным наблюдением. Было видно, что группа начала свою работу, и ведущий погрузился в спокойный интерес, однако его временами посещало беспокойство о молчащих участниках группы.

2-я групповая сессия. Участвует 16 человек – присоединяются двое практикующих психотерапевтов.

Ведущий опаздывает на 10 мин.

Обсуждаемые темы. Беспокойство группы о ведущем, будут ли задаваться темы, интерес к ведущему (атрибуты его одежды, опоздание).

Динамика. Много юмора, который постепенно становится более агрессивным и переходит к вербальным столкновениям. В центре этих столкновений – тот самый очень активный участник. Неожиданно группой признается, что активность этого участника вызывает не только раздраже-

ние, но и благодарность, так как происходит прямое взаимодействие, которое помогает что-то понять в себе и своих реакциях. Однако что именно участники понимают в себе – они не раскрывают. Растущее недовольство друг другом идет параллельно с растущим недовольством ведущим, которое не вербализуется. Группа «вспоминает», что ведущий опоздал, но не может открыто сказать о своей злости. Дирижер «помогает» группе проявить агрессию к себе: «Я опоздал, так как доедал жареного цыпленка. Очень вкусных цыплят готовят в Екатеринбурге». Такая провокация помогает группе прямо говорить о злости на ведущего, что снижает агрессивные интеракции участников друг на друга. Они начинают более конструктивно взаимодействовать друг с другом. Ведущий старается вовлечь во взаимодействие тех, кто мало говорит. Исследует их желание прийти на третью группу, получает положительный ответ. Ведущий сообщает, что на следующей группе будет разговор о смерти.

Контрперенос. Неловкость из-за того, что опоздал, сменяется пониманием, что это можно использовать. Удовольствие, когда терапевт замечает, как участники лучше распределяют время между собой и вовлекают молчащих. В целом интерес и спокойный анализ происходящего.

3-я групповая сессия. Участвует 21 человек.

Обсуждаемые темы. Развлечения, агрессия, суицид.

Динамика. Много шуток вначале. Возникает несколько «эпицентров дискуссии». Самый активный до этого участник говорит не больше остальных. Новенькие постепенно вовлекаются в процесс. Появляется тема опасности и смерти. Говорят об угрожающих жизни ситуациях – утопление, угроза оружием. Один участник спрашивает, было ли у кого-нибудь желание покончить с собой. Группа обращается к нему – а как у него? Он отвечает, что были, но он не готов говорить об этом более. В группе много активности, «старички» активно вовлекают «новичков» (кто пришел только на 3-ю групповую сессию). Есть интерес к ведущему, но на нем группа долго не задерживается. В конце группа выражает удовлетворенность процессом и результатом. Ведущий благодарит участников за интересный опыт и смелость – участие в этом «эксперименте» (групповых сессиях).

Контрперенос. Удовольствие от процесса, группа поднимает важные темы, участники становятся более ориентированными друг на друга. Чувство сожаления, что группа заканчивается.

В интервенциях дирижера была идея о том, что краткосрочная группа проходит те же стадии, что и долгосрочная: начало, когда группа будет центрована на фигуре идеализированного дирижера; рассвет, когда она сможет проявить агрессивные чувства к нему; и окончание, связанное с чувствами потери, разрушения и смерти. Это можно было наблюдать в хо-

де группы: переход от терапевт-центрированной к клиент-центрированной группе с суицидальными темами в конце.

Получение обратной связи

Проблема в оценке эффективности психотерапии и групповой работы, в частности, заключается в отсутствии валидных стандартизованных методик этой оценки. Обычно эффективность психотерапии оценивают с позиций «клинического эффекта» – либо с помощью психодиагностических тестов, объективизирующих отдельные параметры когнитивного функционирования, эмоционально-волевой сферы и/или мотивационно-личностной структуры пациента (клиента), либо с помощью клинических шкал и опросников, оценивающих степень выраженности патологической симптоматики и ее динамику в ходе терапии. И те и другие не дают в достаточной степени полную картину, поскольку не ориентированы на оценку качества лечебного процесса и удовлетворенности пациента результатами терапии. К тому же они мало ориентированы на формально здоровый контингент, а громоздкость таких методик делает сбор информации крайне затруднительным. По мнению Е.А. Шикановой [5], эффективность психотерапии, в том числе групповой, можно оценить по ряду «результатирующих» факторов. Эта идея была использована при создании вопросов обратной связи, а за основу был взят типовой опросник для слушателей Нью-Йоркского института групповых исследований. Мы попытались оценить качество учебного процесса по таким «результатирующим», как: удовлетворенность слушателя преподаваемой теорией; атмосфера свободы, которую создает преподаватель; «внутренний комфорт» обучающегося; представление о пользе полученного материала для будущей профессии.

Для исследования были разработаны бланки обратной связи двух типов. Для лекционной части они состояли из четырех вопросов, а также места для комментариев («пожелания, замечания, идеи»):

- 1) насколько хорошо преподаватель раскрыл теоретический материал;
- 2) насколько хорошо преподаватель создал атмосферу, в которой Вы чувствовали себя свободно;
- 3) насколько комфортно Вы себя чувствовали в Вашем «внутреннем пространстве», чтобы говорить в аудитории;
- 4) насколько полезна эта лекция (группа) для Вашей профессиональной деятельности?

Бланки интерактивной части имели только три вопроса – по понятным причинам 1-й вопрос отсутствовал.

Слушатель оценивал каждый вопрос в ряду «плохо», «удовлетворительно», «хорошо», «прекрасно» (исследователь переводил эти оценки в

баллы – 1, 2, 3, 4 балла, соответственно, или, если ответа не было, – 0 баллов; средние значения легли в основу оценки слушателями лекций и групповых сессий).

Первые два вопроса отражали субъективную оценку качества преподавания теоретического материала (1-й вопрос) и манеры преподавания, способствующей свободе и комфорту (2-й вопрос), ответ на 3-й вопрос в большей степени характеризовал текущее эмоциональное состояние слушателя, 4-й – проецировал полученный опыт в профессиональную сферу (профессиональная польза). На рис. 1–4 вопросы соответственно обозначены как «материал», «атмосфера», «комфорт» и «польза».

Результаты и обсуждение

Лекционная часть семинара. На 1-й лекции присутствовало 28 человек, на лекциях № 2 и 3 было по 23 человека, и на лекции № 4 – 25 слушателей. Динамика показателей оценки слушателями лекционной части семинара представлена на рис. 1.

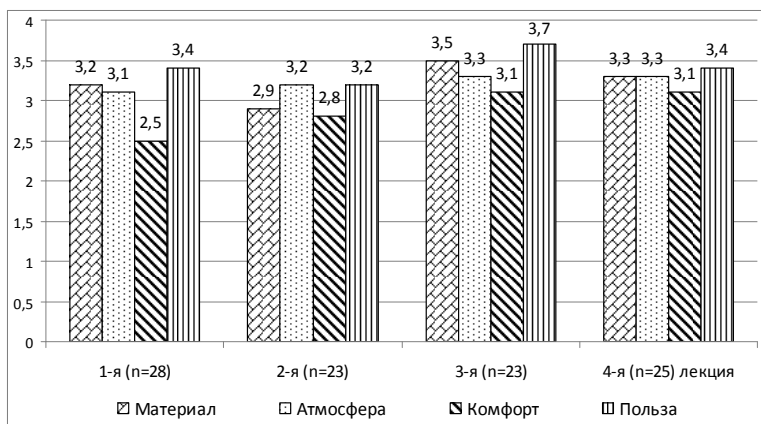


Рис. 1. Оценка слушателями лекционной части семинара.

Таким образом, первые две лекции были оценены слушателями примерно одинаково (средний балл 3,1 и 3,0 соответственно), причем на 2-й лекции все показатели были более сбалансированными, что может отражать то, что на двух групповых сессиях между лекциями слушатели лучше узнали как преподавателя, так и друг друга. На 3-й и 4-й лекциях происходит увеличение показателей (средний балл 3,4 и 3,3 соответственно), притом что времени для восстановления сил было мало (позднее окончание 2-й лекции и раннее начало 3-й лекции). По мнению авторов, благодаря ин-

терактивной части мобилизуются эмоциональные ресурсы, что помогает слушателям лучше оценивать преподаваемый материал, несмотря на напряженный двухдневный обучающий «марафон».

Интерактивная часть семинара. Первые три групповые сессии (1–3-я) были психодинамическими по сути, а 4-я – представляла собой групповую супервизию (дирижер был один и тот же). В 1-й групповой сессии участвовало 14 человек (кроме дирижера) и столько же человек было «за кругом», на 2-й участников стало чуть больше – 16 человек (плюс 10 «за кругом»), на 3-й – 21 человек (плюс 4 «за кругом»), а на 4-й – 14 (и 8 «за кругом»). Эти цифры сами по себе отражали интерес к групповому процессу, когда участники «голосовали ногами», перемещаясь в пространство групповой сессии из «аквариума». Оценка участников интерактивной части семинара (и участвующих в групповой сессии, и сидящих «за кругом») представлена на рис. 2.

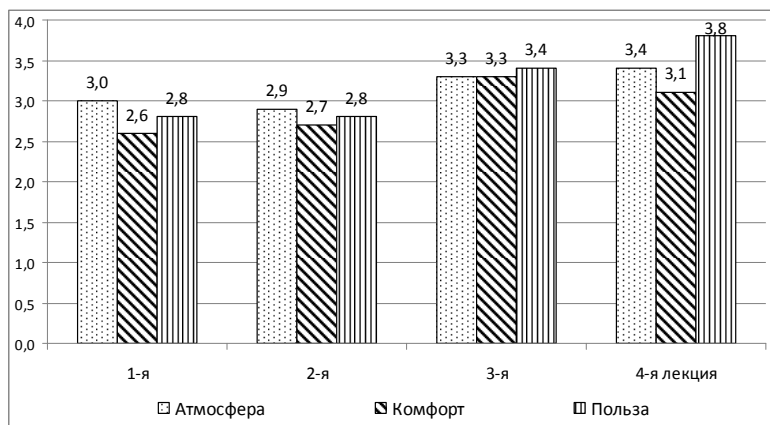


Рис. 2. Оценка интерактивной части семинара (все участники).

В целом имел место постепенный рост значений показателей, отражающий, по большей части, улучшение внутреннего комфорта и «профессиональной пользы». Однако если сравнивать показатели непосредственных участников групповых сессий и «аквариума» по отдельности, то они имеют свои особенности. Оценка участников групповой сессии показана на рис. 3.

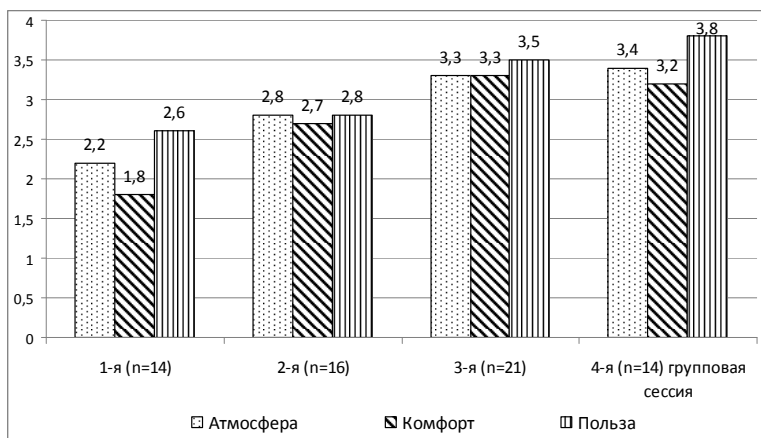


Рис. 3. Оценка интерактивной части семинара участниками «внутри группы».

После 1-й групповой сессии значения оценок непосредственных участников групповой сессии были минимальными, особенно в той части, что касалась внутреннего комфорта. 1-я группа всегда связана с различными страхами и опасениями. Во 2-й групповой сессии уровень удовлетворенности атмосферой, внутренним комфортом и «профессиональной пользой» вырос. Вероятно, обеденный перерыв способствовал «перевариванию» первого негативного эмоционального опыта для его позитивного использования в виде агрессии (см. описание динамики групп). На 3-й (последней) групповой сессии позитивная тенденция сохранилась. Таким образом, эмоциональная составляющая интерактивного обучения являлась фактором, стимулирующим чувство свободы, внутреннего комфорта и представление о полученном опыте как ценности для будущего профессионального роста.

Для слушателей за пределами групповой сессии (в «аквариуме») показатели опросника имели более равномерный характер (рис. 4), что было связано с большей безопасностью и пассивной ролью наблюдающих из «аквариума» (показатель внутреннего комфорта на первой групповой сессии был больше на 1 балл по сравнению с участниками «внутри группы»).

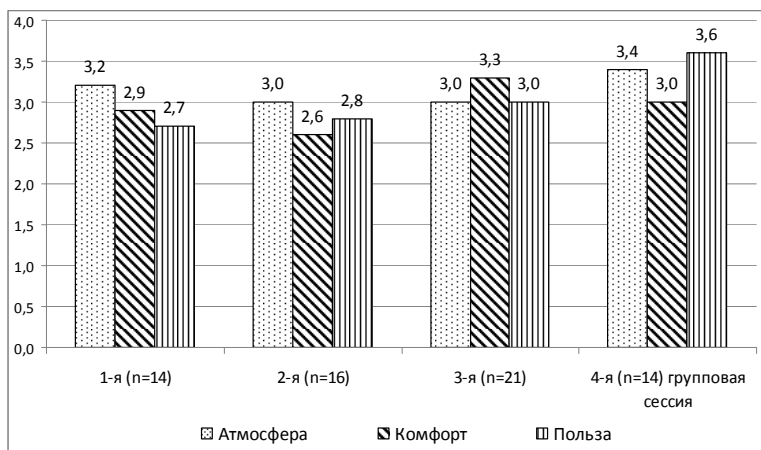


Рис. 4. Оценка интерактивной части семинара участниками «аквариума».

У «аквариума» в большей степени была возможность наблюдать групповую динамику без сильной эмоциональной включенности, что позитивно влияло на возможность соотносить полученный теоретический материал с его практической демонстрацией. Однако «аквариум» все-таки что-то «потерял» по сравнению с участниками групповой сессии. Так, в 3-й групповой сессии это выразилось в том, что профессиональную пользу на полбалла выше оценили именно внутри группы (здесь, конечно, следует сделать корректировку на малочисленность «аквариума»). Можно предположить, что нахождение «за кругом» позволяло получить «среднее» представление о групповом процессе без повышенных эмоциональных затрат (за счет более низкого уровня тревоги и страха), а участники групповой сессии могли прочувствовать теоретический материал на себе «в полном объеме», пусть и за счет более сильных эмоций.

4-я групповая сессия – групповая супервизия – демонстрировала сходные показатели как для непосредственных участников группы (14 человек), так и для «аквариума» (8 человек). Это объяснялось тем, что в групповую супервизию был вовлечен, по большей части, только один участник группы – супервизант (тот, кто докладывает свой клинический случай), поэтому эмоциональное состояние слушателей внутри и вне групповой супервизии было схожим. Слушатели были «разогреты» хорошей динамикой в предыдущих трех групповых сессиях и демонстрировали высокие показатели как внутри, так и «за кругом» группы супервизии.

Выводы

Краткосрочные психодинамические группы в формате современного анализа являются эффективным средством обучения студентов-психологов, обеспечивающих эмоциональную включенность в образовательный процесс.

Использование таких групп не только позитивно сказывается на восприятии теоретического материала и внутреннем комфорте, но и на общей работоспособности – помогает уже после 1 учебной недели держать хороший тонус в течение интенсивного 2-дневного семинара.

Разработанный и примененный нами опросник обратной связи (несмотря на все недостатки, присущие нестандартизованным методикам) позволил получить интересные данные, характеризующие как динамику группового процесса, так и качество работы преподавателя – «дирижера».

Литература

1. Давтян Е.Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 3–6.
2. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении. – Ижевск : ERGO, 2014. – XII, 284.
3. Незнанов Н.Г. Проблемы последиplomного образования в психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2010. – Т. 12, № 6. – С. 4–8.
4. Трегубова Е.С. Система качества в медицинском вузе: мониторинг качества. – СПб. : Гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова, 2008. – 396 с.
5. Шиканова Е.А. Практические аспекты применения современного психоанализа в работе с психотическими пациентами [Электронный ресурс]. – URL: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic>.
6. Epstein L., Feiner A. The therapeutic function of hate in the countertransference. Countertransference: The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation. – New York : Jason Aronson, Inc., 1983. – P. 213–234.
7. Ormont L. The training of group therapists by research of countertransference // Modern Psychoanalysis. – 1991. – Vol. XVI, N 2. – P. 17–26.
8. Rosenthal L. The new member: "Infanticide" in group psychotherapy // Int. J. Group Psychotherapy. – 1992. – Vol. 42, N 2. P. 277–286.
9. Spotnitz H. Large Group Analysis: Regression, Progression, Creativity. – Modern Psychoanalysis. – 1985. – Vol. X, N 2. – P.119–136.

Fedorov Y.O., Semenova N.V., Bulanov K.L. Opyt prepodavaniya psikhoterapevticheskoi distsipliny v формате seminarapraktikuma s ispol'zovaniem obratnoi svyazi [Experience of teaching group psychotherapy in the format of workshop with feedback]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 67–80.

City Psycho-Neurological Clinic № 7
(Russia, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50)

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3);
Ural State Medical University (Russia, Yekaterinburg, Repin str., 3).

Fedorov Yan Olegovich – PhD Med. Sci., Chief of the day-hospital № 1 in City Psycho-Neurological Clinic № 7 (Russia, 198020, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50); e-mail: orthodoc@mail.ru;

Semenova Nataliya Vladimirovna – Dr. Med. Sci., Head of Science and organizational department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: nvs@bekhterev.ru;

Bulanov Konstantin Leonidovich – assistant of Clinical Psychology Department of Ural State Medical University (Russia, 620109, Yekaterinburg, Repin str., 3); e-mail: bukla@bk.ru.

Abstract. The article deals with the problem of the teaching of psychological disciplines in the group psychodynamic psychotherapy. The authors used the feedback (short questionnaire) and they concluded that interactive forms of teaching in the form of short-term psychodynamic groups are an effective way of learning. This format of teaching has a positive impact on the perception of theoretical material and interior comfort of listeners.

Keywords: group therapy, interactivity, modern psychoanalysis.

References

1. Davtyan E.N. Psikhatriya segodnya: posledstviya globalizatsii [Psychiatry today: the impact of globalization]. *Obozrenie psikhatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012. N 4. P. 3–6. (In Russ.)
2. Ligner E. Nenavist', kotoraya lechit: psikhologicheskaya obratimost' shizofrenii [The hate that cures. The psychological reversibility of schizophrenia]. Izhevsk. 2014. XII, 284 p. (In Russ.)
3. Neznanov N.G. Problemy posle diplomnogo obrazovaniya v psikhatrii [Problems of Postgraduate Education in Psychiatry]. *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina* [Gannushkin Journal]. 2010. Vol. 12, N 6. P. 4–8. (In Russ.)
4. Tregubova E.S. Sistema kachestva v meditsinskom vuze: monitoring kachestva [The quality system in medical school: quality monitoring]. Sankt-Peterburg. 2008. 396 p. (In Russ.)
5. Shikanova E.A. Prakticheskie aspekty primeneniya sovremennogo psikhanaliza v rabote s psikhoticheskimi patsientami [Practical aspects of modern psychoanalysis in working with psychotic patients]. URL: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic>. (In Russ.)
6. Epstein L., Feiner A. The therapeutic function of hate in the countertransference. *Countertransference: The Therapist's Contribution to the Therapeutic Situation*. New York : Jason Aronson, Inc. 1983. P. 213–234.
7. Ormont L. The training of group therapists by research of countertransference. *Modern Psychoanalysis*. 1991. Vol. XVI, N 2. P. 17–26.
8. Rosenthal L. The new member: "Infanticide" in group psychotherapy. *Int. J. Group Psychotherapy*. 1992. Vol. 42, N 2. P. 277–286.

9. Spotnitz H. Large Group Analysis: Regression, Progression, Creativity. *Modern Psychoanalysis*. 1985. Vol. X, N 2. P. 119–136.

Received 23.11.2014

УДК 159.9 : 616.643 (477.41)

А.В. Хавыло

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТРЕССОВЫЕ РЕАКЦИИ
НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИОАКТИВНО
ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ
ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Обнинский институт атомной энергетики Национального
исследовательского ядерного университета «МИФИ»
(Россия, Калужская обл., г. Обнинск, Студенческий городок, квартал 1, стр. 1)

Проанализированы оценки стрессовых реакций, копинг-стратегий и социально-психологических проблем жизнедеятельности населения, проживающих на радиоактивно загрязненных ($n = 118$) и незагрязненных ($n = 103$) территориях, в рамках мониторинга социально-психологического состояния населения, подвергшегося радиационному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Исследование проводилось в 2008 г. на территориях России (Калужская, Брянская, Орловская и Тульская области), подвергшихся радиационному воздействию, и на территориях тех же областей, не подвергавшихся радиационному загрязнению. Установлено, что уровень выраженности стрессовых реакций, копинг-стратегии избегания, а также уровень социально-психологических проблем жизнедеятельности у обследованного населения радиоактивно загрязненных территорий выше, чем у жителей радиоактивно незагрязненных территорий. Показана связь между уровнем выраженности стрессовых реакций населения радиоактивно загрязненных территорий и социально-психологическими проблемами жизнедеятельности.

Ключевые слова: медицинская психология, авария на Чернобыльской АЭС, стрессовые реакции, радиационный риск, социально-психологические проблемы жизнедеятельности.

Хавыло Алексей Викторович – ст. препод. каф. психологии Обнинского ин-та атомной энергетики Нац. исслед. ядерного ун-та «МИФИ» (Россия, 249030, Калужская обл., г. Обнинск, Студенческий городок квартал 1, стр. 1); e-mail: khavylo@strider.ru.

Введение

26 апреля 1986 г. на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), которая располагается в северной части Украины, произошла техногенная катастрофа. Это привело к сильному радиоактивному загрязнению территорий, прилегающих непосредственно к станции, и к небольшому загрязнению территорий Восточной и Западной Европы.

В настоящее время доступны данные многочисленных исследований, посвященных проблеме изменения психического здоровья населения, постоянно проживающего в условиях повышенного радиационного фона в результате техногенных аварий. В работах Г.В. Архангельской и И.А. Зыковой [4], В.П. Вишневской [2], Г.М. Румянцевой [11], Н.В. Тарабриной [13] отмечается распространение среди населения радиоактивно загрязненных территорий (РЗТ) реакций невротического типа.

Г.В. Архангельская [4], Г.М. Румянцева и соавт. [11] выделяют феномен «психосоматического цикла», при котором тревожное состояние человека провоцирует ухудшение соматического состояния, а обострение соматической патологии, в свою очередь, усиливает и усугубляет психические нарушения.

Исследования, выполненные в 2009–2013 гг. Т.А. Марченко, Т.Б. Мельницкой, В.Ю. Рыбниковым, А.В. Симоновым [5], показали отсутствие тенденции к угасанию неблагоприятных психологических последствий, а также высокий уровень эмоционального напряжения и тревоги у населения РЗТ.

По мнению ведущих отечественных специалистов в данном направлении Г.В. Архангельской, [4] Т.А. Марченко [6], Т.Б. Мельницкой [5], Г.М. Румянцевой [11] и других, основной особенностью психологического стресса, вызванного мнимым или фактическим воздействием радиации, является отсутствие органолептического восприятия фактора опасности.

Механизм формирования и развития невротических расстройств в условиях хронического стресса, вызванного радиационной угрозой, рассмотрен в работах В.Ю. Рыбникова [12] и В.П. Вишневской [2].

В ряде исследовательских работ [7, 8] показано, что воздействие стресс-факторов в условиях радиационного риска приводит к возникновению социально-психологической напряженности личности, группы и населения в целом. В тех случаях, когда социально-психологическая напряженность не может быть реализована в реальной деятельности, включаются механизмы психологической защиты или копинг-стратегии.

Основу для понимания личностного уровня реагирования на информационные стресс-факторы и угрозы заложила структурно-функциональная модель взаимодействия копинг-ресурсов и копинг-стратегий поведения Е.А. Ашаниной, В.Ю. Рыбниковым, Т.Б. Мельницкой [1, 7]. Согласно

предложенной модели, для совладания со стрессом человек использует собственные копинг-стратегии на основе своего жизненного опыта и психологические резервы (копинг-ресурсы). Копинг-ресурсы можно разделить на три основные группы: личностные (индивидуально-психологические), микросоциальные (микросредовые) и макросоциальные (макросредовые). Проблема копинг-стратегий населения РЗТ изучалась также Т.Б. Мельницкой и Т.В. Белых [8].

При наличии достаточно большого количества авторитетных исследований, посвященных психологическим последствиям аварии на ЧАЭС, проблема взаимосвязи стресс-факторов жизнедеятельности, уровня выраженности стрессовых реакций, копинг-стратегий поведения и социально-психологических проблем жизнедеятельности населения РЗТ России практически не изучена. Это обусловило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – установление взаимосвязи между стресс-факторами жизнедеятельности населения РЗТ, выраженностью стрессовых реакций, копинг-стратегий поведения и социально-психологическими проблемами жизнедеятельности.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках мониторинга социально-психологического состояния населения, подвергшегося радиационному воздействию. Мониторинг входит в число мероприятий Федеральной целевой программы «Преодоление последствий радиационных аварий на период до 2015 года» на радиоактивно загрязненных и незагрязненных территориях Брянской, Калужской, Орловской и Тульской областей России. Сбор исходных данных осуществлялся совместно со специалистами ОНИЦ «Прогноз» г. Обнинска, региональных информационно-аналитических центров (г. Брянск, г. Тула, г. Калуга, г. Болхов Орловской обл.) и центров социально-психологической реабилитации (г. Болхов Орловской обл.; г. Узловая Тульской обл., п. Никольская Слобода Брянской обл.).

Репрезентативность выборки исследования была достигнута за счет использования многоступенчатой квотной выборки. Квоты рассчитывались на основе статистических сведений о возрастных и гендерных характеристиках населения обследуемых территорий (по данным переписи населения).

Настоящее исследование проводилось в 2008 г. на территориях России (Калужская, Брянская, Орловская и Тульская области), подвергшихся радиационному воздействию, и на территориях тех же областей, не подвергавшихся радиационному загрязнению. В контрольной выборке принимали участие только жители радиоактивно незагрязненных территорий

(РНТ) областей. Объем выборки составил 221 человека, из которых 146 человек проживают на РЗТ и 75 – на РНТ. Были обследованы 118 мужчин и 103 женщины в возрасте от 16 до 71 года.

Исследование проводили с применением:

- методики исследования социально-психологических проблем населения радиоактивно загрязненных территорий, далее MRSPP (Method research of social and psychological problems of population (В.Н. Абрамова, Т.А. Марченко, Т.Б. Мельницкая, А.В. Хавылло, Е.В. Антонова, 1989–2004 гг.) [10];

- модифицированной шкалы оценки влияния травматического события применительно к радиационному фактору, далее IES-R (адаптация Н.В. Тарабриной, модификация Т. В. Белых, Т. Б. Мельницкой, А.В. Хавылло, 2004–2011 гг.) [9];

- методики определения стратегии и модели преодолевающего поведения «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций», далее SACS (Strategic Approach to Coping Scale, S. Hobfoll, 1989 г., адаптация Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой) [3].

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью статистического пакета SPSS 22. Оценку статистической значимости различий производили с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни с поправкой Холма на множественную проверку гипотез. При корреляционном анализе использовали непараметрический коэффициент корреляции Спирмена с поправкой Холма.

Результаты и их обсуждение

По результатам теоретического анализа мы выделили два стресс-фактора жизнедеятельности: проживание человека на РЗТ и уровень его информированности о специфике проживания и ведения хозяйства в условиях радиоактивного загрязнения. Оценка уровня информированности проводилась с использованием методики MRSPP.

На 1-м этапе был проведен сравнительный анализ выраженности стрессовых реакций и копинг-стратегий у жителей РЗТ и РНТ. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 1. Было установлено, что уровень стрессовых реакций физиологической возбудимости, избегания и вторжения у обследованного населения РЗТ выше, чем у жителей РНТ ($p < 0,001$).

Реакция физиологической возбудимости представлена комплексом симптомов гипервозбуждения, которые входят в диагностический критерий посттравматического стрессового расстройства F 43.1 по МКБ-10 и составляют часть психологической реакции человека на травматические со-

бытия. Эта реакция представляет собой состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

Таблица 1

Выраженность стрессовых реакций у населения, проживающего на РЗТ и РНТ, (M ± m) балл

Стрессовая реакция (IES-R)	Статус территории		p <
	РЗТ	РНТ	
Вторжение	9,0 ± 0,7	4,0 ± 0,6	0,001
Избегание	10,7 ± 0,7	4,8 ± 0,7	0,001
Физиологическая возбудимость	10,9 ± 0,7	6,5 ± 0,7	0,001
Интегральный показатель выраженности стрессовых реакций	30,5 ± 1,9	15,3 ± 1,8	0,001

Стрессовая реакция избегания представляет собой попытки человека избавиться от мыслей и воспоминаний, связанных с радиацией и ее воздействием. Индивидуум боится и избегает того, что напоминает ему о ней. Изредка возможны драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданные мысли или воспоминания о травматическом факторе. В контексте нашего исследования такими травмирующими факторами являются чернобыльская авария и сам факт проживания человека на РЗТ. Согласно результатам анализа литературных источников, в условиях недостаточной или неадекватной информированности этот факт может восприниматься человеком как угрожающий состоянию его здоровья и состоянию здоровья его ближайшего окружения и потомков.

Реакция вторжения включает в себя навязчивые чувства, мысли, образы, связанные с радиацией и последствиями ее воздействия на организм человека, а также ночные кошмары. Эта реакция может проявляться в виде реминисценций о травмирующем факторе, возникающих на фоне эмоциональной притупленности и хронического чувства «оцепенелости». Зачастую эта реакция сопровождается чувством отчуждения от других людей.

На следующем этапе анализа было проведено сравнение уровня выраженности копинг-стратегий поведения обследованных жителей РЗТ и РНТ. Результаты представлены в табл. 2.

Согласно полученным данным, существуют различия в уровне выраженности копинг-стратегии избегания у населения РЗТ и РНТ (p < 0,01). Жители РЗТ чаще прибегают к использованию этой поведенческой стратегии. При этом человек старается в своих поступках уйти от решения

возникающих проблем. Он может прибегать к пассивным способам избегания: алкоголь, наркотики или «уход в болезнь». В крайних случаях такая поведенческая стратегия может выражаться в активном уходе от проблемы – суициде. Эта копинг-стратегия является одной из ведущих при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения.

Таблица 2

Выраженность копинг-стратегий поведения у населения, проживающего на РЗТ и РНТ, (M ± m) балл

Копинг-стратегия (SACS)	Статус территории		p <
	РЗТ	РНТ	
Ассертивные действия	19,5 ± 0,3	19,0 ± 0,4	–
Вступление в социальный контакт	22,5 ± 0,4	22,7 ± 0,4	–
Поиск социальной поддержки	22,8 ± 0,4	22,8 ± 0,4	–
Осторожные действия	21,3 ± 0,3	20,8 ± 0,4	–
Импульсивные действия	18,2 ± 0,3	17,7 ± 0,4	–
Избегание	18,5 ± 0,4	16,9 ± 0,4	0,010
Непрямые действия	17,9 ± 0,4	18,3 ± 0,4	–
Асоциальные действия	15,8 ± 0,4	15,5 ± 0,5	–
Агрессивные действия	18,2 ± 0,4	17,8 ± 0,5	–

Некоторые исследователи указывают [1, 8], что использование стратегии избегания зачастую обусловлено недостаточностью развития личностных и микросоциальных копинг-ресурсов, а также нехваткой у человека навыков активного разрешения проблем. Однако в ряде случаев такая копинг-стратегия может носить и адекватный характер. Степень адекватности во многом зависит от конкретной стрессовой ситуации, пола, возраста и состояния ресурсной системы личности человека. По результатам нашего исследования уровень выраженности данной копинг-стратегии у обследованных на РЗТ выше, чем у жителей РНТ.

Далее нами была проведена оценка взаимосвязи уровня информированности о специфике проживания на РЗТ с уровнем выраженности стрессовых реакций и копинг-стратегий. В силу того что обследованные на РЗТ и РНТ значительно отличаются по уровню выраженности стрессовых реакций, обусловленных радиационным фактором, и по выраженности копинг-стратегии избегания, анализ проводился только на выборке обследованных РЗТ.

Было установлено, что в обследованной выборке статистически значимых взаимосвязей между уровнем информированности об особенностях

проживания на РЗТ и уровнем выраженности стрессовых реакций не наблюдается.

При анализе копинг-стратегий обследованных жителей РЗТ было выявлено, что уровень информированности имеет отрицательную корреляционную связь с уровнем выраженности копинг-стратегии асоциальные действия: $r = -0,21$ ($p < 0,01$). Это говорит о том, что чем выше уровень информированности человека о специфике проживания на РЗТ, тем менее он склонен демонстрировать асоциальные действия в качестве способа справиться с возникающими сложностями.

Асоциальное поведение является угрожающим благополучию межличностных отношений. Оно может проявляться в злословии, отказе человека от выполнения своих обязанностей, лжи. Границы асоциального поведения особенно изменчивы, поскольку находятся в сильной зависимости от культурных влияний.

На следующем этапе анализа нами была произведена оценка взаимосвязи стрессовых реакций и социально-психологических проблем жизнедеятельности, измеренных с помощью методики MRSPP. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Корреляционный анализ взаимосвязей между уровнем выраженности стрессовых реакций и уровнем обеспокоенности социально-психологическими проблемами

Стрессовые реакции (IES-R)	Показатель проблем		
	Здоровье	Личностные психологические изменения	Социально-психологические проблемы взаимоотношений
Вторжение	0,48**	0,21*	0,20*
Избегание	0,40**	0,20*	0,26**
Физиологическая возбудимость	0,53**	0,36**	0,42**
Интегральный показатель уровня стрессовых реакций	0,52**	0,28**	0,32**

* $p < 0,050$; ** $p < 0,010$.

В результате проведенного анализа было получено, что уровень выраженности всех стрессовых реакций имеет положительные корреляционные связи с уровнем обеспокоенности социально-психологическими проблемами (см. табл. 3).

Таким образом, мы можем говорить о том, что повышение уровня стрессовых реакций населения РЗТ сопровождается ростом обеспокоенности населения социально-психологическими проблемами жизнедеятельности.

сти. Мы рассматриваем уровень обеспокоенности населения как проявление психологических последствий аварии на ЧАЭС в долгосрочном периоде. На уровень обеспокоенности, с нашей точки зрения, могут оказывать влияние как объективные условия проживания на РЗТ (социально-экономические условия), так и субъективное восприятие жителями РЗТ радиационного риска и факта своего проживания на территории, имеющей статус радиоактивно загрязненной.

Для выявления особенностей проявления социально-психологических проблем жизнедеятельности населения РЗТ был проведен сравнительный анализ. В табл. 4 представлены данные оценки выраженности социально-психологических проблем жизнедеятельности у населения РНТ и РЗТ.

Таблица 4

Выраженность социально-психологических проблем жизнедеятельности у населения, проживающего на РЗТ и РНТ, ($M \pm m$) балл

Показатель проблем	Статус территории		p <
	РЗТ	РНТ	
Здоровье	4,8 ± 0,2	2,9 ± 0,3	0,001
Личностные психологические изменения	4,0 ± 0,2	3,4 ± 0,2	0,05
Социально-психологические проблемы взаимоотношений	4,1 ± 0,2	3,6 ± 0,2	–

По результатам анализа выявлены значимые различия в уровне обеспокоенности населением состоянием собственного здоровья ($p < 0,001$) и личностными психологическими изменениями ($p < 0,05$). У населения, проживающего на РЗТ, уровень выраженности данных социально-психологических проблем жизнедеятельности значимо выше.

Как показали результаты исследования, чернобыльская авария и связанные с ней последующие события способствовали формированию у определенной части населения РЗТ стрессовых реакций, приводящих к неблагоприятным социально-психологическим последствиям. Было выявлено, что в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС состояние населения РЗТ России характеризуется наличием социально-психологических проблем жизнедеятельности, связанных с уровнем выраженности физиологических, психологических и поведенческих стрессовых реакций.

Выводы

1. Уровень стрессовых реакций физиологической возбудимости, избегания и вторжения, связанных с радиационным фактором, у обследован-

ного населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, выше, чем у живущих на радиоактивно незагрязненных территориях.

2. Существуют различия в уровне выраженности копинг-стратегии избегания у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных и незагрязненных территориях. Жители радиоактивно загрязненных территорий чаще прибегают к использованию этой поведенческой стратегии.

3. Уровень информированности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, взаимосвязан с уровнем выраженности копинг-стратегии «асоциальные действия»: чем выше уровень информированности о специфике проживания на радиоактивно загрязненных территориях, тем менее выраженной является эта поведенческая стратегия.

4. Уровень стрессовых реакций населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, взаимосвязан с уровнем выраженности социально-психологических проблем жизнедеятельности населения.

5. Существуют различия в уровне обеспокоенности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных и незагрязненных территориях, состоянием собственного здоровья и личностными психологическими изменениями. У населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, уровень выраженности данных социально-психологических проблем жизнедеятельности значимо выше.

Литература

1. Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России : концепция, модель, технологии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2011. – 38 с.

2. Вишневская В.П. Психология образа болезни у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с психосоматической патологией (концепция, феноменология, особенности формирования и коррекции) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Минск, 2004. – 46 с.

3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 329 с.

4. Зыкова И.А., Архангельская Г.В. Радиотревожность населения загрязненных территорий и меры по ее снижению. – СПб., 2007. – 24 с.

5. Марченко Т.А., Мельницкая Т.Б., Рыбников В.Ю., Симонов А.В. Информационно-психологическая безопасность от риска радиационного поражения : концепция, принципы, модель, рекомендации. – М. : Российское отд. Российско-белорусского информационного центра по проблемам преодоления последствий чернобыльской катастрофы, 2009. – 240 с.

6. Марченко Т.А. Социальная защита и реабилитация населения после крупномасштабных радиационных аварий и катастроф : монография. – М. : Политехника-сервис, 2003. – 80 с.

7. Мельницкая Т.Б. Информационно-психологическая безопасность населения в условиях риска радиационного воздействия : концепция, модель, технологии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Обнинск, 2009. – 54 с.

8. Мельницкая Т.Б., Белых Т.В. Особенности копинг-поведения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях России // Психол. исслед. : электрон. науч. журн. – 2012. – Т. 5, № 24. – URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/forauthors/701-melnitskaya24.html>

9. Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В., Белых Т.В. Шкала оценки влияния травматического события (IES-R) применительно к радиационному фактору // Психол. исслед. : электрон. науч. журн. – 2011. – Т. 5, № 19. – URL: [http://www.psystudy.com/index.php/ num/2011n5-19/546-melnitskaya-et-al-19.html](http://www.psystudy.com/index.php/num/2011n5-19/546-melnitskaya-et-al-19.html)

10. Мельницкая Т.Б. [и др.]. Методика исследования социально-психологических проблем населения радиоактивно загрязненных территорий России и Беларуси, требующих освещения в информационных материалах ЦСПР // Практическое руководство по совершенствованию информационных технологий по работе с населением радиоактивно загрязненных территорий. – Обнинск : ОНИЦ «Прогноз», 2004. – С. 36–51.

11. Румянцева Г.М., Левина Т.М., Плыплина Д.В. [и др.]. Радиационные катастрофы и психическое здоровье населения // Российский психиатрический журнал. – 1998. – Т. 2. – С. 35–41.

12. Рыбников В.Ю., Марченко Т.А. Медико-психологическая реабилитация населения после крупномасштабных радиационных аварий : монография. – М. : Копи-Р, 2004. – 180 с.

13. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса : интегративный подход. – СПб., 2008. – 362 с.

Khavylo A.V. Social'no-psihologicheskie problemy zhiznedejatel'nosti i stressovye reakcii naselenija, prozhivayushih na radioaktivno zagrjzennyyh territorii Rossii posle avarii na Chernobyl'skoi AYeS [Social and psychological problems of people's activity and their stressful reactions caused by the accident on the Chernobyl Nuclear Power Plant in polluted areas of Russia]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 80–91.

Obninsk Institute for Nuclear Power Engineering
of National Research Nuclear University of MEPHI
(Russia, Kaluga region, Obninsk, Studencheskiy gorodok, kvartal 1, stroenie 1)

Khavylo Alexey Viktorovich – senior teacher of department of psychology of Obninsk Institute for Nuclear Power Engineering of National Research Nuclear University of MEPHI (Russia, 249030, Kaluga region, Obninsk, Studencheskiy gorodok, kvartal 1, stroenie 1); e-mail: khavylo@strider.ru.

Abstract. Estimates of the stressful reactions, coping strategies and social and psychological problems of activity of the population of people living in the radioactive polluted areas (n = 118) and unpolluted (n = 103) areas, within monitoring of a social psychological state of the population which underwent radiative effects owing to the Chernobyl accident. Research was carried out in 2008 in the territories of Russia (The Kaluga, Bryansk, Oryol and Tula regions) which underwent radiative effects and in the areas, which weren't exposed to radiation pollution.

Level of stressful reactions, avoidance coping and the level of social and psychological problems of activity at the population of the radioactive polluted areas is higher, than at the population of the radioactive uncontaminated territories. Level of stressful reactions of the population of the radioactive polluted territories is interconnected with social and psychological problems of activity.

Keywords: medical psychology, Chernobyl accident, stressful reactions, radiation risk, social and psychological problems of activity.

References

1. Ashanina E.N. Psikhologiya koping-povedeniya sotrudnikov Gosudarstvennoi protivopozharnoi sluzhby MChS Rossii: kontseptsiya, model', tekhnologii [Psychology of coping behavior of employees of the Public fire service of Emergency Control Ministry of Russia: concept, model, technologies]: dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 38 p. (In Russ.)
2. Vishnevskaya V.P. Psihologiya obraza bolezni u uchastnikov likvidatsii posledstviy avarii na Chernobyil'skoy AES s psihosomaticheskoy patologiei (kontseptsiya, fenomenologiya, osobennosti formirovaniya i korrektsii) [Psychology of an image of an illness at participants of elimination of consequences of accident on the Chernobyl NPP with psychosomatic pathology (the concept, phenomenology, features of formation and correction)]: dissertation Dr. Psychol. Sci. Minsk. 2004. 46 p. (In Russ.)
3. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of stress]: Moskva. 2009. 329 p. (In Russ.)
4. Zyikova I.A., Arhangel'skaya G.V. Radiotrezvozhnost naseleniya zagryaznennykh territoriy i meryi po ee snizheniyu [Radiation anxiety of the population of the polluted territories and methods of its decrease]. Sankt-Peterburg, 2007. 24 p. (In Russ.)
5. Marchenko T.A., Mel'nitskaya T.B., Rybnikov V.Yu., Simonov A.V. Informatsionno-psikhologicheskaya bezopasnost' ot riska radiatsionnogo porazheniya: kontseptsiya, printsipy, model', rekomendatsii [Information and psychological safety from risk of radiation defeat: concept, principles, model, recommendations]. Moskva. 2009. 240 p. (In Russ.)
6. Marchenko T.A. Sotsial'naya zashchita i reabilitatsiya naseleniya posle krupnomasshtabnykh radiatsionnykh avarii i katastrof [Social protection and rehabilitation of the population after large-scale radiation accidents]. Moskva. 2003. 80 p. (In Russ.)
7. Mel'nitskaya T.B. Informatsionno-psikhologicheskaya bezopasnost' naseleniya v usloviyakh riska radiatsionnogo vozdeistviya: kontseptsiya, model', tekhnologii [Information and psychological safety of the population in the conditions of risk of radiative effects: concept, model, technologies]: dissertation Dr. Psychol. Sci. Obninsk. 2009. 54 p. (In Russ.)
8. Mel'nitskaya T.B., Belykh T.V. Osobennosti koping-povedeniya naseleniya, prozhivayushchego na radioaktivno zagryaznennykh territoriyakh Rossii [Features of coping behavior of the population living on it is radioactive the polluted areas of Russia]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2012. Vol. 5, N 24. URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/forauthors/701-melnitskaya24.html> (In Russ.)
9. Mel'nitskaya T.B., Belykh T.V., Khavylo A.V. Shkala otsenki vliyaniya travmaticheskogo sobytiya (IES-R) primenitel'no k radiatsionnomu faktoru [The Impact of Event Scale (IES-R) in relation to a radiation factor]. *Psikhologicheskie issle-*

dovaniya [Psychological Studies]. 2011. Vol. 5, N 19. – URL: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2011n5-19/546-melnitskaya-et-al-19.html> (In Russ.)

10. Mel'nitskaya T.B. [et al.] Metodika issledovaniya sotsial'no-psihologicheskikh problem naseleniya radioaktivno zagryaznennykh territoriy Rossii i Belarusi, trebuyuschih osvещения v informatsionnykh materialakh TsSPR [Technique of research of social and psychological problems of the population it is radioactive the polluted areas of Russia and Belarus demanding an explanation in information materials of the centers of social and psychological rehabilitation]. Prakticheskoe rukovodstvo po sovershenstvovaniyu informatsionnykh tekhnologii po rabote s naseleniem radioaktivno zagryaznennykh territorii [Practical guidance on improvement of information technologies on work with the population is radioactive the polluted areas]. Obninsk. 2004. P. 36–51. (In Russ.)

11. Rummyantseva G.M., Levina T.M., Plyplina D.V. [et al.]. Radiatsionnye katastrofy i psikhicheskoe zdorov'e naseleniya [Radiation accidents and mental health of the population]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. 1998. Vol. 2. P. 35–41.

12. Rybnikov V.Yu., Marchenko T.A. Mediko-psihologicheskaya rehabilitatsiya naseleniya posle krupnomasshtabnykh radiatsionnykh avarii [Medico-psychological rehabilitation of the population after large-scale radiation accidents]. Moskva. 2004. 180 p.

13. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: integrativnyi podkhod [Psychology of a post-traumatic stress: integrative approach]. Sankt-Peterburg. 2008. 362 p.

Received 17.10.2014 r.

РОССИЙСКО-УКРАИНСКИЕ ОТНОШЕНИЯ – ПСИХОИСТОРИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Восточно-Европейский институт психоанализа
(Россия, Санкт-Петербург, Большой пр-т, д. 18 А)

5–6 декабря 2014 г. в Вене под эгидой Всемирного совета по психотерапии (WCP), Европейской ассоциации психотерапии (EAP) и Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕСРР) состоялась международная конференция философов, врачей-психотерапевтов и психологов-психотерапевтов «Кризис на Украине – психотерапевтические подходы». Мероприятие проходило под лозунгом: «В современном мире не так много специалистов, которые постоянно работают с внешними и внутренними конфликтами». Публикуем доклад на конференции проф. М.М. Решетникова по интерпретации современных событий в Украине с позиций психоисторического анализа. Показано, что современные подходы к национальной политике в Украине во многом определяются ее предшествующей историей, при особой роли населения Западной Украины, включая формирование нового украинского языка на основе западно-украинского диалекта.

Ключевые слова: агрессия, идентификация, кризис, нарциссизм малых различий, понимающая психология, «промывание мозгов», психическая травма, психоистория, психополитика, этнический конфликт.

На протяжении значительного периода развития отечественной психологии межнациональные отношения оценивались преимущественно с точки зрения иллюзорного тезиса об «интернационализме», а затем (с 1991 г.) – с позиций толерантности. Как представляется, оба подхода базировались на том, чтобы придать некий оттенок позитивизма или даже замаскировать суть проблемы, а ее глубинная сущность оставалась вне реального научного изучения и анализа. С особой яркостью эта неготовность к социально-психологическому прогнозированию межнациональных отношений проявилась в постсоветский период и особенно – в российско-украинском конфликте. Поэтому попытка переосмысления основных психологических концепций, так или иначе апеллирующих к проблеме межнациональных отношений, представляется чрезвычайно актуальной.

Вначале целесообразно обозначить те психологические и психоаналитические концепции, которые были положены в основу этого сообщения. Прежде всего, это понимающая психология, основы которой были за-

Решетников Михаил Михайлович – д-р психол. наук проф., засл. деят. науки РФ, ректор Восточно-Европейского ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр-т, д. 18 А); e-mail: veip@yandex.ru.

ложены Вильгельмом Дильтеем, Карлом Ясперсом и др. Напомню главную идею Дильтея: «Природу мы объясняем, а душевную жизнь понимаем». Думаю, точнее, будет сказать – «пытаемся понять». Не менее существенным для наших рассуждений является следующий тезис К. Ясперса: «Каждый человек есть то, что он есть, только потому, что в свое время был заложен совершенно определенный исторический (а не просто общечеловеческий) фундамент»... «Реальная психическая жизнь немыслима вне традиций, передаваемых ему через ту человеческую общность, среди которой он живет»... «В сфере наследственных связей ничто не забывается» [1].

Второй концепцией является психоанализ Фрейда [5, 6], в частности, концепция идентификации. «Идентификация (по Фрейду) представляет собой самую первоначальную форму эмоциональной связи» – с отцом, матерью, родом, племенем, народом. Следующая концепция – «передачи следующему поколению» («trans-generational transmission»), также психоаналитическая, была разработана Анной Фрейд и Дороти Берлингом (8). Кратко ее суть: дети выживших (после национальных трагедий) гораздо глубже идентифицируются с родителями, и проявляют признаки и симптомы, относящиеся к прошлым психическим содержаниям их родителей и в целом – к прошлому (свидетелями которого они не были, и быть не могли).

После массовой психической травмы (вызванной большой враждебной группой) одновременно тысячи или даже миллионы индивидов вкладывают свои травмированные образы в детей. В итоге возникает кумулятивный эффект, который определяет психическое содержание идентичности большой группы. Общая задача травмированного социума может трансформироваться от поколения к поколению [9]. Например, в одном поколении она может заключаться в оплакивании травмы предков, чувстве стыда и осознании принесенной жертвы. В следующем поколении общая задача может выразиться в потребности мести за утраты и жертвы (хотя это и не единственные и не безальтернативные варианты).

Еще раз вернемся к Фрейду и его идее о необоснованности противопоставления индивидуальных и массовых психических феноменов, где автор подчеркивает, что в этом противопоставлении «... многое из своей остроты при ближайшем рассмотрении теряет», в силу чего психология отдельной личности «... с самого начала является одновременно также и психологией социальной ...». Фрейд также дополняет этот вывод тезисом о необходимости рассматривать каждого отдельного человека не как самостоятельного субъекта, а «...как члена племени, народа, касты, сословия, институции ...» [5, 6].

В наших публикациях уже многократно упоминалась и развивалась идея проф. Вамика Волкана о том, что все межнациональные конфликты развиваются по сценарию паранойи [9]. Почему именно паранойя? Потому что главными психическими механизмами, которые обнаруживаются во всех межнациональных конфликтах, являются проекция и проективная идентификация, суть которой кратко можно выразить следующей фразой: «Это не я преследую и ненавижу X, это он преследует и ненавидит меня». Добавлю, что во многих случаях межнациональных конфликтов такая паранойя проявляется с обеих сторон.

Обратим также внимание на некоторые, как правило, остающиеся за рамками академической науки, факторы, обозначенные нами как «предикторы». Наиболее ярко эти факторы проявлялись на протяжении последних 15 лет, когда в российском социуме, наряду с традиционными армянскими и еврейскими анекдотами (с тонким и ироничным юмором), широчайшее распространение получили российско-украинская и российско-прибалтийская «темы», преимущественно – с качественно иным эмоциональным содержанием.

Самостоятельным психологическим фактором межнациональных отношений является так называемый «нарциссизм малых различий» [6]. Суть этого феномена можно выразить фразой: «Если кто-то такой же, как я, но немного отличается по языку, обычаям, традициям и т.д., это воспринимается как шарж или карикатура на меня, и заведомо провоцирует негативные чувства». Этот психологический механизм на протяжении столетий проявляется в отношениях между исторически близкими народами – британцами и ирландцами, евреями и арабами, русскими и украинцами.

После такой краткой преамбулы перейдем к попытке интерпретации современных событий в Украине, начиная с психоисторического анализа.

Борьба украинского народа за национальную идентичность и независимость длится на протяжении многих веков. В рамках этого доклада мы коснемся только 3–4 последних столетий. В XVII в. значительная часть населения Украины находилась под польским владычеством. Обращаясь к истории, мы не можем обойти такую выдающуюся личность как Богдан Хмельницкий. В 1647 г. он избирается гетманом (предводителем) Войска Запорожского (казацкой военно-политической организации, которая находилась на службе у польского короля), и получает грамоту на гетманство от короля Польши. И тут же (в 1648 г.) начинает войну с Польшей, вначале – за автономию казаков, а затем эта война трансформируется в войну за независимую казацкую Украину «до Львова и Галича». Война с Польшей продолжается 5 лет, но без существенного успеха.

Через 5 лет войны Хмельницкий обращается за помощью к российскому царю Алексею Михайловичу и затем предлагает (в обмен на помощь) присоединить Русь (то есть запорожские земли и захваченные в ходе войны польские территории с их городами и войском) к России. В 1654 г. это предложение принимается, и казаки переходят в подданство Российского государства. Сразу отметим, что это событие не получило всенародной поддержки. Русскому царю отказалось присягать высшее православное духовенство в Киеве, значительная часть поселений и казаки насильно принуждались к присяге. Богдана Хмельницкого обвиняли в предательстве интересов украинского народа, были антирусские выступления. Тем не менее, Украина и Россия после этого вместе выступили против Польши. Это была уже другая сила, и победа была близка.

Почему тогда не удалось присоединить к России всю Украину? Польша была также истощена войной. Этим захотел воспользоваться шведский король Карл X Густав, который нападает на Польшу с Севера (1655 г.), а усиление Швеции никак не входило в интересы России. Россия тут же заключает мир с Польшей и двигает совместные войска России, украинских казаков и Польши против шведов. В результате войны образовалась Левобережная Украина, которая вошла в состав России. Западные территории остались под Польским владычеством. Украинский народ стал разделенным народом с разной исторической перспективой и, как следствие – с разной исторической памятью.

Напомним, что территория Российской империи не имела какого-либо деления по национальному признаку – она была разделена на губернии, одной из которых была Киевская губерния. После революции 1917 г. вся территория Российской империи была разделена вначале на области, а позднее (1922 г.) появились 15 национальных республик СССР. При этом границы между республиками никакой роли не играли, они проводились произвольно, исходя из политической целесообразности.

Например, поскольку население Киевской губернии занималось в основном сельским хозяйством, а крестьяне считались плохими союзниками советской власти, было решено усилить украинскую республику «рабочей прослойкой». Для этого в состав советской Украины (простым росчерком пера по карте) были переданы ряд российских промышленных районов, в том числе – нынешние Донецкая и Луганская области – с русским населением. Но в условиях единого тоталитарного государства это никакого значения не имело.

К этому же периоду относится массовый голод населения ряда регионов СССР (1932–1933 гг.), который украинскими средствами массовой информации на протяжении десятилетий активно пропагандируется

как специально спланированное сознательное уничтожение украинского народа («голодомор»). Однако аналогичное катастрофическое положение с продовольствием в тот период сложилось также на Северном Кавказе, в Поволжье, в Казахстане и в ряде других районов, где царил такой же голод, который не носил какой-то избирательной антирусской, антиукраинской, антиказахской или иной направленности. Отметим, что расследование ООН, предпринятое в 2008 г. по инициативе Украины, не подтвердило факт геноцида украинского народа. Однако украинские средства массовой информации активно развивают и поддерживают эту тему, нагнетая тем самым межэтническую напряженность.

При этом, повторим еще раз – территория современной Западной Украины на протяжении всех столетий оставалась под польским, литовским или австро-венгерским владычеством. И там постоянно вспыхивали протестные национально-освободительные движения.

Однако в 1939 г. по пакту Молотова–Риббентропа значительная часть территории (принадлежавшая Польше, но с преимущественно украинским населением) была присоединена, вроде бы, к советской Украине, но точнее будет говорить – к СССР (к его общей территории). Вряд ли это было воспринято западными украинцами как освобождение или воссоединение народа. Для них одна оккупация сменилась другой. Сталинский режим в этот период был на пике своей жестокости. В Западной Украине насаждалась советская власть, у крестьян отбирали землю и скот, у частных предпринимателей – отнимали их собственность, недовольных арестовывали или расстреливали. Главное состоит в том, что после длительной колониальной истории, хозяевами на своих исторических территориях, западные украинцы так и не стали.

В фашистском руководстве Германии были далеко неглупые люди. Оккупировав в 1941 г. территорию Западной Украины, они провозгласили ее население главными хозяевами на их исторических территориях. Это обеспечивало фашистской Германии относительно надежный тыл, а у западных украинцев создавало надежду на независимость. В период немецкой оккупации население Западной Украины создало свою администрацию и полицию, свою дивизию СС, и после нескольких веков колониального притеснения и унижения они стали жестоко мстить проживавшим на тех же территориях полякам, евреям и русским (погромы, виселицы и массовые расстрелы были обычной «практикой»).

Естественно, что для нас – русских и жителей Восточной Украины, все, кто был связан с фашистами, были и останутся врагами. В той войне мы потеряли 28 млн. своих соотечественников. Но население Западной Украины ненавидело советскую власть и русских, в своем большинстве поддер-

живало немецких оккупантов и тех, кто с ними сотрудничал. Мы их называем «бандеровцами», а для населения Западной Украины они были борцами за свободу и независимость, как, например, тот же Степан Бандера.

В 1944 г. на Западную Украину вновь пришли советские войска – и украинских националистов, естественно, стали преследовать, как пособников фашизма, врагов и предателей. Для нас это была освободительная и антифашистская война, а для них – новая оккупация.

II мировая война закончилась в 1945 г., а борьба с украинскими националистами продолжалась до 1953. В этой борьбе погибло, по разным данным, от 60 до 90 тыс. человек с каждой из сторон. В целом, около 200 тыс. Около 100 тыс. были арестованы и отправлены в ссылку. Были публичные расстрелы, виселицы и многие другие методы советского «перевоспитания», о которых было не принято говорить публично. Но семьи погибших бандеровцев помнили и говорили, передавая эту память из поколения в поколение. Поэтому у их детей и внуков иная историческая память, и иное отношение и к фашизму, и к России. Напомню, что речь идет только о части населения Украины.

Но эту часть населения Украины тоже нужно понимать и принимать, как то, что реально существует, и как то, что невозможно быстро изменить. Но и эти люди (с чуждым нам мировоззрением) должны понимать, что и у нас – русских, и у жителей Юго-востока Украины (русских, украинцев и представителей других народов) также иная историческая память. И они должны также научиться ее понимать и принимать.

Констатируем: антирусские настроения части населения Украины существовали веками и периодически усиливались. Их внешние проявления подавлялись, но это не могло повлиять на механизмы передачи следующему поколению. Повторим еще раз уже сказанное во введении: «В сфере наследственных связей ничто не забывается».

Обратимся к нашим дням. Когда в 1991 г. Украина отделилась от СССР и стала самостоятельным независимым государством, произошло еще одно никем не замеченное событие. В свое время переданное Украине население Луганской и Донецкой областей, а также Крым и ряд других регионов были населены преимущественно русскими и русскоязычными. В СССР это не имело значения – была единая страна. Но в результате в 1991 г. русский народ стал разделенным народом.

Не будем анализировать современную политическую ситуацию в Украине. Констатирую только то, что национальная элита Украины беззастенчиво ограбила свой народ в 1990-х гг. Аналогичная ситуация была и в России в 1990-х, но в Украине этот процесс достиг небывалого размаха. Социальный кризис в Украине назревал давно, но он отчасти сглаживался

перманентными протестными выступлениями (оранжевой революцией и другими), которые выпускали «пар из котла», но не решали главных вопросов.

В ноябре 2013 г. началось самое мощное протестное движение, которое давно зрело и было направлено против коррупции, действующего президента и засилья олигархов. Подчеркнем, что с ноября 2013 по февраль 2014 г. этот взрыв ненависти и гражданского неповиновения был направлен исключительно против коррупции, президента и олигархов. Дополнительным фактором была неопределенность позиции олигархов в правительстве Украины по решению об ассоциации с Европейским Союзом, что дополнительно стимулировало антиолигархические и антиправительственные настроения.

В феврале 2014 г., когда еще не было никаких проблем с Крымом и Восточной Украиной, это протестное движение в течение нескольких дней становится исключительно антирусским, и все другие проблемы (включая антиолигархические протесты) просто исчезают из украинского информационного пространства. Целесообразно напомнить, что практически все средства массовой информации в Украине принадлежат олигархам. И в этом случае вполне уместно предположить, что имела место переадресация агрессии путем «промывания мозгов». Учитывая то, что у определенного сегмента украинского общества антирусские настроения существовали всегда, это было несложной задачей.

Самое странное, что эта антиолигархическая революция в Украине завершилась с парадоксальным результатом: вместо одного олигарха другой олигарх был избран президентом страны, и еще ряд олигархов были назначены губернаторами.

Возвращаясь к хронологии событий, подчеркнем, что до февраля 2014 г. в Украине не было никаких проявлений сепаратизма ни в одном из регионов. Позволю себе сформулировать гипотезу о том, как и почему этот сепаратизм появился. 23 февраля 2014 г. (кстати – день Российской армии) в Раду был внесен законопроект о запрете русского языка, как второго государственного. Проект просуществовал всего одну неделю и был заблокирован. Но для большинства населения Крыма и Восточной Украины русский – это родной язык, и единственный язык, на котором они говорят. Поэтому даже попытка такого запрета вызывала мощный протест.

Национальный язык является одним из самых главных факторов национальной идентификации. Уничтожение языка – это тоже самое, что уничтожение нации, а в психоаналитической терминологии – это эквивалент кастрации. В результате этой попытки другое протестное движение началось в русскоговорящих регионах Украины, причем вначале требова-

ния ограничивались вопросами федерализации и автономии (в составе Украины).

Граждане Восточных регионов Украины ни на кого не нападали, ничего не взрывали, ни в кого не стреляли, но они тут же были объявлены сепаратистами и террористами, для их подавления были направлены вооруженные отряды националистов, а затем и регулярные войска. Повторим еще раз – они не на кого не нападали и вообще не покидали свою территорию. Но после того, как прозвучали первые выстрелы и появились первые убитые, начали действовать качественно иные психологические механизмы, аналогичные тем, которые действуют при реальной паранойе.

Дополнительные факторы: бывший президент-олигарх бежал в Россию, прошел референдум и отделение Крыма, из России начала поступать гуманитарная помощь самопровозглашенным республикам, в рядах донецких и луганских ополченцев появились российские добровольцы – все это способствовало усилению антирусских настроений.

С другой стороны. Хотя достаточно трудно сулить о том, насколько широко эти явления представлены в Украине, но вызывает существенную обеспокоенность появление таких слоганов, как «Украина превыше всего!» (полная калька с германского «Deutschland uber alles!»), ночные факельные шествия, появление фашистской символики (свастики) на плакатах и на униформе украинских военных, и возрождение национализма. Все это создает дополнительные причины для взаимного непонимания и обострения ситуации. Причем все эти проявления неонацизма и национализма формируются при полном попустительстве официальных киевских властей.

В целом, можно констатировать, что в настоящее время в Украине наблюдается два протестных движения, которые в чем-то подобны, а в чем-то существенно отличаются.

1. Общее. В обоих случаях, и в Киеве, и на Востоке Украины сформировались мощные выступления народных масс, произошел насильственный захват и смена власти (в обоих случаях нелегитимным путем).

2. Отличия. Новая киевская власть, фактически, провозгласила для восточных регионов: «Вам придется отказаться от вашей исторической памяти, забыть личную и семейную историю – жертвы своих отцов и дедов, своих почитаемых героев, и после этого жить, думать и оценивать все, как мы, и использовать наш язык» (включая одобрение шествий ветеранов СС и возложение цветов к памятникам Степана Бандеры). По нашим представлениям – это принуждение к рабству. И одновременно это месть, так как население западных регионов Украины было вынуждено на протяжении десятилетий изучать и почитать историю другого народа и поклоняться памяти других героев. Именно местью объясняется феномен «ленино-

пада» и осквернение могил и памятников героям Великой Отечественной войны.

Новые лидеры восточных регионов провозгласили: «Мы хотим сохранить свою историческую память, жить и думать так, как сами считаем нужным, почитать своих отцов и дедов и своих национальных героев. Но мы не будем мешать вам жить, так, как вы хотите». Почему-то западным сообществом киевская власть оценивается как повстанцы, а восстание восточных регионов – как террористы.

Если бы несколько тысяч русскоговорящих приехали в Германию или Великобританию или в один из городов Западной Украины, им бы пришлось изучать немецкий, английский или украинский. Это был бы их выбор. Но несколько миллионов жителей Луганской и Донецкой областей никогда и никуда не приезжали; они жили там всегда, на своих исторических территориях и говорили на своем родном языке. Я думаю, что это дает им право на автономию.

Нам всем нужно понять, что невозможно заставить миллионы людей одной национальностью считать себя людьми другой национальности. Нам нужно стремиться к примирению и согласию. Нам следовало бы оплакать всех, кто погиб, и забыть (похоронить) нашу ненависть. Но если мы будем пытаться доказывать друг другу – кто был героем, а кто нет – мир не наступит, как минимум, еще в течение 3–5 поколений наших детей и внуков. Мы хотим этого?

По нашим представлениям, в сложившейся ситуации есть два выхода: 1) понять и принять специфику национальной истории и национальной идентификации восточных и западных граждан Украины и способствовать формированию их общего стремления к миру; 2) продолжать пытаться заставить одну нацию жить согласно мировоззрению другой нации, и в этом случае эскалация конфликта неизбежна. Это не территориальная проблема, это проблема различной ментальности.

В заключение несколько слов о еще одном психологическом феномене. Любые «круглые даты» сопровождаются воспоминаниями о событиях прошлого, как счастливых, так и трагических, при этом эмоциональное состояние, как отдельной личности, так и больших социальных групп характеризуется регрессией к, казалось бы, давно забытым переживаниям и реакциям, которые в подобных ситуациях могут достигать такой же интенсивности, как в период их первого проявления.

Применительно к современным событиям в Украине уместно напомнить дату присоединения Левобережной Украины к России – 1654 г. (ровно 360 лет назад), что значительной частью населения и киевской знатью

было воспринято, как предательство украинского народа Богданом Хмельницким, и сопровождалось антирусскими выступлениями.

Со времени «присоединения» Западной Украины по плану Молотова–Риббентропа (1939 г.) к СССР прошло 75 лет. В 1944 г. (70 лет назад) Советская Армия вновь пришла на Запад Украины, и продолжила свое победное шествие, но параллельно началась война с бандеровцами, которая, как уже отмечалось, продолжалась до 1953 г. Степан Бандера бежал в одну из западных стран, где был найден и в 1959 г. убит советским агентом (55 лет назад). Помня о том, что в сфере наследственных связей ничего не забывается, а также учитывая психологические механизмы передачи следующим поколениям, нужно признать, что современные подходы к национальной политике в Украине во многом определяются ее предшествующей историей, при особой роли населения Западной Украины, включая формирование нового украинского языка на основе западно-украинского диалекта.

Во многом аналогичная историческая память характерна и для народов новых прибалтийских государств и части регионов Беларуси, а также ряда других репрессированных и депортированных народов Кавказа, Крыма, Поволжья. Отметим также, что на протяжении длительного периода времени понятия «русский» и «советский» были синонимами. И хотя русский народ пострадал от большевизма и сталинизма ничуть не меньше, его исторические обиды носят внутринациональный («внутрисемейный») характер, в то время как специфика межнациональных проекций пережитого в советский период национального унижения народов и этнических групп, упомянутых выше, значительно сложнее. Возможно, что именно эта (пока мало изученная) феноменология лежит в основе получившего определенное распространение на постсоветском пространстве антирусизма. Тем не менее, в современной психологии существуют методы, позволяющие целенаправленно снижать напряженность в подобных ситуациях и постепенно формировать более адекватные взаимные оценки и отношения даже у враждующих сторон, которые неоднократно апробировались в различных регионах мира под наименованием «народной дипломатии» [9]. Но вначале должно закончиться военное противостояние.

Литература

1. Дильтей В. Собрание сочинений : в 6 т. – М. : Три квадрата, 2004. – Т. 3: Построение исторического мира в науках о духе. – С. 10–413.
2. Решетников М.М. Клинический метод в изучении терроризма. // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора : сб. ст. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – С. 37–63.
3. Решетников М.М. Психология войны. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2011. – 496 с.

4. Решетников М.М. Психологические факторы развития и стагнации демократических реформ. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2014. – 260 с.
5. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни // Фрейд З. Психология бессознательного. – М. : Просвещение, 1990. – С. 255–309.
6. Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Фрейд З. «Я и Оно». – Тбилиси : Мерани, 1991. – Т. 1. – С. 71–105.
7. Ясперс К. Общая психопатология. – М. : Практика, 1997. – 1053 с.
8. Freud A., Burlingham D. War and Children. – New York : International University Press, 1943. – 255 p.
9. Volkan V. Enemies on the Couch – A Psycho-political Journey through War and Peace. – North Carolina : Pitchstone Publishing, 2013. – 496 p.

Reshetnikov M.M. Rossiisko-ukrainskie otnosheniya – psikhohistoricheskii podkhod [Russian-Ukrainian relations – psychohistorical approach]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 92–103.

East European Institute of Psychoanalysis
(Russia, St. Petersburg, Bolshoi Ave., 18 A)

Reshetnikov Mikhail Mikhailovich – Dr Psychol. Sci., rector East European Institute of Psychoanalysis (Russia, 197198, St. Petersburg, Bolshoi Ave., 18A); e-mail: veip@yandex.ru.

Abstract. 5-6 December 2014 in Vienna under the auspices of the World Council for Psychotherapy (WCP), the European Association for Psychotherapy (EAP) and the European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapy (ECP), an international conference of philosophers, psychotherapists and psychologists-psychotherapists "The crisis in Ukraine - psychotherapeutic approaches " was held under the slogan: "In today's world, there are not so many experts who are constantly working with internal and external conflicts." We publish a report interpreting current events in Ukraine from a position of psychohistorical analysis, which was delivered by Prof. MM Reshetnikov at the conference. It is shown that current approaches to national policy in Ukraine are largely determined by its previous history, with a special role of the population of Western Ukraine, including the formation of a new Ukrainian language on the basis of the Western-Ukrainian dialect.

Keywords: aggression, identification, crisis, narcissism of minor differences, understanding psychology, brainwashing, psychological trauma, psychohistory, psychopolitics, ethnic conflict.

References

1. Dil'tei V. Sobranie sochinenii [Collected Works] : in 6 Vol. Moskva. 2004. Vol 3: Postroenie istoricheskogo mira v naukakh o dukhe [Creating the historical world in the human sciences]. P. 10–413. (In Russ.)
2. Reshetnikov M.M. Klinicheskii metod v izuchenii terrorizma [Clinical method for the study of terrorism]. *Psikhologiya i psikhopatologiya terrorizma. Gumanitarnye strategii antiterrora* [Psychology and Psychopathology of terrorism. Humanitarian strategies antiterrora]

manitarian anti-terror strategies]: collection of scientific works. Sankt-Peterburg. 2004. P. 37–63. (In Russ.)

3. Reshetnikov M.M. Psikhologiya voyny [Psychology of War]. Sankt-Peterburg. 2011. 496 p.

4. Reshetnikov M.M. Psikhologicheskie faktory razvitiya i stagnatsii demokraticeskikh reform [Psychological factors of development and stagnation of democratic reforms]. Moskva. 2014. 260 p. (In Russ.)

5. Freid Z. Psikhopatologiya obydennoi zhizni [Psychopathology of Everyday Life]. Freid Z. Psikhologiya bessoznatel'nogo [Psychology of the Unconscious]. Moskva. 1990. P. 255–309. (In Russ.)

6. Freid Z. Massovaya psikhologiya i analiz chelovecheskogo «Ya» [Group Psychology and the Analysis of the Ego]. Freid Z. Ya i Ono [Ego and Id]. Tbilisi. 1991. Vol. 1. P. 71–105. (In Russ.)

7. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General Psychopathology]. Moskva. 1997. 1053 p. (In Russ.)

8. Freud A., Burlingham D. War and Children. New York : International University Press. 1943. 255 p.

9. VolkanV. Enemies on the Couch – A Psycho-political Journey through War and Peace. North Carolina : Pitchstone Publishing. 2013. 496 p.

Received 10.12.2014

ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.89

А.Н. Алехин, О.А. Литвиненко

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОСОБЕННОСТЕЙ БРЕДА ПРИ ЭНДОГЕННОМ ПСИХОЗЕ

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

Представлены данные об исследованных феноменах психотической продукции при дебюте шизофрении (F20.0 по МКБ-10) в трех группах по 39 человек, которые различались годами рождения (1972–1979, 1982–1984 и 1989–1994 гг.). Основной гипотезой исследования выступало предположение о том, что содержание бреда больных при дебюте шизофрении детерминировано условиями формирования личности больных и претерпевает закономерные изменения за последние десятилетия. На материале историй болезней показаны различия фабул бреда больных, формирование личности которых пришлось на различные этапы динамики социокультурной ситуации в новейшей истории России. Выявленные различия анализируются в аспекте формирования идентичности в отношениях со значимым Другим.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, социальная психология, дебют шизофрении, бред, социокультурная ситуация развития, личность, идентичность.

Введение

Основу клинической картины эндогенного психоза составляет психотическая продукция больных, в частности бред. Известно, что клиническая картина эндогенного психоза подвержена влиянию не только биологических, но и социальных и психологических факторов. А.В. Снежневский писал в этой связи: «...хронические болезни постоянно подвержены

Алехин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корп. 11); e-mail: termez59@mail.ru;

Литвиненко Ольга Андреевна – аспирант каф. клинич. психологии и психол. помощи, зав. лаб. «Психология здоровья» Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корп. 11); e-mail: olitvinenko@mail.ru.

Статья написана при поддержке гранта РГНФ № 13-06-00270

социальному, природному и лекарственному патоморфозу, изменяющему их характер» [10].

Кардинальные изменения социокультурной ситуации в России, осуществляющиеся в последние десятилетия, предоставляют уникальную возможность для эмпирической верификации постулатов культурно-исторической теории психики. В соответствии с теорией следует полагать, что трансформация условий психического развития, появление новых дискурсивных практик и ценностных ориентаций сопровождается формированием новых когнитивных образований, паттернов поведения, практик взаимоотношений людей, то есть формированию нового типа личности человека.

Процессы обучения и воспитания, результатом которых становится личность, есть, по сути, фиксация соответствующего социокультурного контекста, принятого в обществе на определенном историческом этапе его развития, поскольку личность – не что иное, как результат социализации ребенка в данном обществе. Патопсихологические явления при шизофрении традиционно рассматриваются в качестве нарушения психических функций болезненным процессом. Однако психическая болезнь разворачивается в уже сформировавшемся опыте, в системе отношений личности. Следовательно, содержание переживаний больного шизофренией в той или иной мере несет в себе следы тех условий, в которых личность больного формировалась.

Представленные в статье «Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний» данные [2], свидетельствуют о том, что условия социокультурной ситуации, в которых происходило формирование личности человека, проявляются в психопатологической продукции. В статье «Содержание психопатологических феноменов при дебюте шизофрении и идентичность: теоретический аспект» [4], была предпринята попытка объяснения установленных фактов в рамках концепции идентичности. Проведенные затем исследования бреда показывают, что бред больных при дебюте шизофрении организован инвариантно условиям формирования личности и эта организация претерпевает закономерные изменения.

Цель статьи – экспериментальное подтверждение того, что бред больных шизофренией при дебюте транслирует в себе сохраняющиеся в психической организации человека контекстуальные особенности культурно-исторического фона, на котором это развитие осуществлялось.

Материал и методы

В соответствии с выделенными нами ранее этапами динамики социокультурной ситуации в новейшей истории России, больные параноидной формой шизофрении (F20.0 по МКБ-10) были представлены 3 группами по 39 человек в каждой. Критериями разделения больных на группы были годы рождения:

1-я – старшее поколение – 1972–1979 гг.;

2-я – среднее поколение – 1982–1984 гг.;

3-я – младшее поколение – 1989–1994 гг.

Разделение на группы – поколения больных проводилось так, чтобы возраст формирования идентичности приходился на различимые в психологическом аспекте фазы динамики отечественной социокультурной ситуации.

Для анализа содержания психотической продукции и поведения больных был проведен количественно-качественный контент-анализ бредовых переживаний, анамнестические сведения об особенностях личности больных, об их речевом поведении, об особенностях взаимодействия с медицинским персоналом при первичном приеме и госпитализации. Статистический анализ проводился с помощью F-критерия Фишера для оценки значимости различий долей групп больных, характеризующихся выделенными признаками, и сравнения их по частоте встречаемости.

Результаты и их анализ

Проведенное исследование показало, что социокультурные условия формирования личности транслируются в различных элементах клинической картины дебюта шизофрении: в поведении больного, в особенностях апперцептивного процесса, определяющего фабулу бреда, в содержании бредовых идей.

В психопатологии варианты хронических интеллектуальных идей преследования условно подразделяют на две сводные группы. «Первая – бредовые идеи... с убежденностью в наличии врагов», совершающих то или иное вредительство (преследование, намерение покарать, убить, наказать, обокрасть и т. д.). Вторая группа связана с «идеями величия как причины преследования» [9].

В формировании бредовой идеи важнейшее значение имеют переживания больными оказываемого на их внутренний мир воздействия, которое, как правило, опредмечивается в представлениях о воздействующем персонаже, суждениях о причинах и целях испытываемого воздействия. Воздействующий при этом может выступать центральной фигурой, но может иметь и помощников. Эти фигуры бреда могли быть означены кон-

кретными именами, но могли и не распознаваться. При патопсихологическом анализе бреда идентифицированные персонажи, воздействующие на больного, были распределены в соответствии с принятой методикой структурного анализа на следующие группы: вышестоящая мифологическая фигура, вышестоящая знакомая фигура, защитники закона, представители внеземной цивилизации, волшебные герои, антисоциальные герои, животные, представители ближнего окружения. Эти персонажи фигурировали в психопатологической продукции больных разных поколений в разном соотношении и составе. В таблице 1 представлены главные воздействующие персонажи и частоты их встречаемости, а также частоты встречаемости нераспознанных воздействующих фигур в трех поколениях больных.

Таблица 1
Главные воздействующие на больного персонажи в рамках бредовой фабулы (%)

Показатель		Группа			p <
		1-я	2-я	3-я	
Неопознанные мужские и женские голоса, персонажи		17,9	41,1	56,4	1/3 – 0,05
Идентифицируемые больными фигуры, в том числе:		82,1	58,9	43,6	1/2 – 0,05 1/3 – 0,01
вышестоящая мифологическая фигура	Бог, дьявол, нечистая сила	18,8	13,1	11,8	1/3 – 0,05
вышестоящая реальная фигура	начальник, учитель, ученый, врач	25,0	8,7	5,9	1/3 – 0,05
защитники закона	КГБ, ФСБ, ФБР, агенты, шпионы, милиция	31,3	17,4	17,6	–
внеземная цивилизация	неопознанные летательные объекты	3,1	4,3	0	–
волшебные герои	колдуны, ведьмы, гадалки, экстрасенсы	3,1	13,1	5,9	–
антисоциальные герои	преступники, бандиты, мафия, террористы, наркоманы, проститутки	6,3	30,4	11,8	1/3 – 0,05
окружение	родственники, соседи, знакомые, медицинский персонал	6,3	8,7	23,5	1/3 – 0,05
телевизионные герои	музыканты, ведущие телешоу	0	0	23,5	–
животные	собаки, кошки	6,3	4,3	0	–
Больной сам выступает в качестве воздействующей фигуры:					
добрая миссия	Бог, экстрасенс, ясновидящий, миссия, волшебник, хозяин города	75,0	63,6	75,0	–
злая миссия	дьявол, колдун, бандит, посланник террористов	25,0	36,3	25,0	–

При проведении сравнительного анализа представленных в бреде идентифицированных персонажей и их означивания выявлены статистически значимые различия: в первой группе идентифицируют воздействующие

щую фигуру большинство пациентов, этот уровень значимо снижается в показателях 2-й ($p < 0,05$) и 3-й ($p < 0,01$) групп. Идентифицированные персонажи различаются по составу: в 1-й группе по сравнению с 3-й чаще представлены вышестоящие мифологические ($p < 0,05$) и вышестоящие реальные фигуры ($p < 0,05$). В 3-й группе чаще фигурируют антисоциальные герои ($p < 0,05$) и представители ближайшего окружения ($p < 0,05$).

Значимых изменений по долям выборок при сравнении остальных персонажей, представленных в бредовых фабулах больных разных поколений, выявлено не было, однако, по частоте встречаемости, во 2-й и 3-й группах сократилось число защитников закона, по сравнению с 1-й (31,3, 17,4 и 17,6 % соответственно). В 3-й группе появляется категория «телевизионных героев» (23 %), которая не представлена в предыдущих поколениях.

Таким образом, в старшем поколении больных главной воздействующей фигурой выступают вышестоящие мифологические фигуры, вышестоящие реальные фигуры и защитники закона. В среднем поколении эти функции выполняют антисоциальные герои. В младшем – высока частота встречаемости телевизионных героев и представителей близкого окружения. Остальные персонажи распределяются равномерно и встречаются в единичных случаях.

Фабулы бреда у больных среднего и младшего поколений, где больной «обнаруживает» у себя особые способности, существенно отличаются от таковых фабул больных старшего поколения. Они несуразны, нелепы, фантастичны, и действия персонажей в них не согласованы.

Наблюдаемое поведение больных детерминировалось содержанием бреда и было направлено либо на противостояние воздействию, либо подчинение ему (табл. 2).

Таблица 2
Поведение испытуемых в ответ на воздействие персонажа в бредовой фабуле (%)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Отсутствие стратегии противодействия	20,5	51,3	71,8	1/2 – 0,01 2/3 – 0,05 1/3 – 0,01
Направленное самостоятельное противодействие (борьба, церковь)	22,6	57,9	72,7	1/2 – 0,01 1/3 – 0,01
Обращение за помощью к другим (коллектив, правоохранительные службы, близкие люди)	77,4	42,1	27,3	1/2 – 0,01 1/3 – 0,01

Наличие стратегии поведения у больных в рамках бреда наиболее характерно для 1-й группы ($p < 0,01$), достоверно реже этот показатель выявлен во 2-й ($p < 0,01$) и в 3-й ($p < 0,05$) группах. В изучаемых группах установлены различия стратегий противодействия по направленности. В 1-й группе противодействие чаще осуществляется с помощью других людей ($p < 0,01$), во 2-й и 3-й – самостоятельно ($p < 0,01$).

Характерными оказались и суждения больных о причинах оказания воздействия на них (табл. 3). Все объяснения сводились к констатациям фактов моральных (антисоциальные помыслы или проступки), духовных прегрешений (грехи, плохие мысли о Боге и т. д.) или объяснялись случайным стечением обстоятельств («оказался в не том месте, не в то время»). Другая часть причинно-следственных суждений отражала переживания возможного ущерба (особые способности, которыми хотят воспользоваться, богатство, на которое покушаются, миссия, исполнению которой мешают).

Достоверные различия в аргументациях больных были выявлены в категории «моральные причины» ($p < 0,05$), повлекшие воздействие. В остальных категориях статистически значимых различий не выявлено, однако отмечается тенденция к росту случайных причин и причин, связанных с идеями величия у больных младшего поколения.

Таблица 3

Аргументации пациентов в отношении причин, которые воздействуют на них (%)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Не объясняет, не знает	48,7	59,0	76,9	2/3 – 0,05 1/3 – 0,01
Моральные (нарушение общественных норм, дисциплины, проступки на работе, антисоциальные)	40,0	18,8	11,1	1/3 – 0,05
Духовные (связанные с Богом, религией, греховность)	25,0	12,5	22,2	–
Случайные (перепутали, выбрали для проведения эксперимента)	15,0	25,0	33,3	–
Связанные с идеями особого значения (богатство, способности, избранность)	20,0	43,7	33,3	–

Полученные результаты свидетельствуют о том, что содержание бреда при дебюте шизофрении изменилось за последние десятилетия и в нем транслируются те социокультурные условия, в которых происходило формирование личности больных.

Больные старшего поколения чаще объясняли его собственной виной и наказанием за нарушение общественных норм или грехи, в подавляющем

большинстве случаев полагая, что их собственные проступки повлекли за собой всю цепь переживаний. Доля случайных и связанных с идеями особого значения причин в их бредовых переживаниях относительно невелика. В то время как больные среднего и особенно младшего поколений чаще связывают происходящее с ними со случайным совпадением или желанием воздействующего персонажа отобрать их имущество, нанести им ущерб.

Анализ динамики социокультурной ситуации в новейшей истории России в психологическом аспекте дает основания утверждать, что личность больных старшего поколения формировалась в иной культурной ситуации, нежели личность больных среднего и младшего поколений. Социальные отношения и практики в советском обществе регулировались специфической идеологией, где такие концепты, как иерархия, прошлое и будущее, часть и целое, монотонно транслировались всеми институтами социализации. Идеологическое воздействие характеризовалось монотематичностью, дискурс значимого «Другого» – общества объявлялся основополагающим. В таких условиях формировалась идентичность советского человека, искажения которой обозначались как девиации. В бреде больных старшего поколения особенности организации социальной жизни представлены и в олицетворении главного воздействующего персонажа, который всегда наделен абсолютной властью, и в стремлении обратиться за помощью к коллективу, и в содержании стратегий противодействия, и в аргументации причин влияния.

В бреде больных среднего поколения, формирование идентичности которых пришлось на время «перестроечного периода», характеризующегося тотальной неопределенностью, отсутствием стабильности и девальвацией былых ценностей, апелляция к моральным ценностям встречается значительно реже. Персонажи в подавляющем большинстве случаев означаются антисоциальными героями или учеными, проводящими эксперименты. Доля случайных, не связанных с собственными действиями объяснений причин возникшего злого воздействия растет.

Младшее поколение изученных больных представляет людей, формирование психической организации которых происходило в современных условиях общества потребления, при «весьма размытых ценностных ориентирах, эластичных границах нормативности и плюрализме допустимых форм поведения» [3]. Психологический аспект характеристики общества потребления – отсутствие значимого «Другого», который заменен множеством других, будь то социальные сети, неформальные молодежные организации или кинематографические, музыкальные и другие кумиры молодежи. Основной мотив социального поведения здесь – потребление материальных благ и формирование соответствующей системы отношений лю-

дей, их ценностей и установок. В бреде это проявляется во множестве никак не означаемых воздействующих фигур, в отсутствии стратегий сопротивления воздействию и часто принятием его как данности, как характеристики мира, в котором живет больной.

В современных исследованиях установлена подобная трансформация некоторых элементов бреда у разных поколений больных. Так, в работе В.Э. Пашковского установлена зависимость религиозной формы бреда «от доминирующих в определенный период общественных взглядов». В период дискредитации религии фабулы бреда базировались на древних суевериях, «а при бреде преследования в число преследователей включались “церковники” и “баптисты”» [8]. В бредовых фабулах современных больных отмечено появление представителей религиозных сект, которое объясняется ростом их числа в нашей стране в результате социокультурных и политических реформаций [1]. Известны случаи, когда персонажами бреда становились именитые политические деятели, военные, видные деятели культуры, герои, сыгравшие значительную роль в истории страны или человечества (М.И. Кутузов, Наполеон Бонапарт, И.В. Сталин, М.С. Горбачев и мн. др.). При этом в современных клинических картинах болезни героические фигуры не встречаются, а политические деятели в описаниях психиатров ограничиваются у больных наименованием должности: генерал, президент, мэр, нередко без указания фамилии.

Представлены данные о том, что в переживаниях пациентов постпострептечного периода «постоянно отражались системы сериалов, рекламы, политико-экономических трудностей» [5]. По результатам социобиологического исследования О.А. Гильбруда пациентов с бредом преследования, поступавших в психиатрические больницы с 1986 по 2000 г., у заболевших к концу указанного периода «бред приобретает черты протекции: больного охраняют, проверяют, способен ли он на выполнение высокой миссии», чего не наблюдалось ранее [6]. У современных больных, поступавших в психиатрические отделения с первым приступом эндогенного психоза с 2008 по 2010 г., исследователи констатируют «синдромальную незавершенность, полиморфизм фабулы с одновременным сосуществованием нескольких тем бреда». Также констатирован рост фабул, связанных с сексуальными, в частности гомосексуальными, тематиками [11]. Все реже встречаются представители военных, экономических, политических структур, занимавшие высокие посты и имевшие высокий социальный статус, что соответствует социальной ситуации – в современном обществе таких фигур появляется все меньше. Их героические или общественно значимые поступки если и транслируются средствами массовой коммуникации, то существование разнообразных альтернативных каналов приглушают эти

источники, а их значение сегодня не представляет высокой ценности и рассматривается как рядовое событие. Герои прошлых поколений уходят в забвение, и современные больные в большой части случаев могут просто не знать об их существовании.

Рассмотренные особенности психического развития в связи с культурно-историческим фоном, на котором это развитие осуществлялось, подтверждают феномен трансляции социокультурного контекста развития в психической организации человека. В психотических состояниях, при отсутствии критической способности и опыта такого переживания, эти особенности проявляются наиболее отчетливо.

Заключение

В феноменах дебютов при шизофрении, в их содержательном аспекте отчетливо усматриваются черты социокультурных условий, в которых формировалась личность больных.

В современных исследованиях внутриличностных конфликтов, особенностей мировоззрения и ценностных ориентаций подростков с расстройствами адаптации различного генеза показано значение условий формирования личности в содержании переживаний.

Адекватным для объяснения этих феноменов выступает концепт идентичности как сущностной основы личности человека. Дальнейшая разработка концепта идентичности человека в его психологическом аспекте открывает новые возможности для переосмысления и углубления положений культурно-исторической теории формирования высших психических функций и личности человека. Данные настоящего исследования могут послужить разработке рекомендаций по психологическому и патопсихологическому анализу состояния пациента в интересах разработки программ реабилитации.

Литература

1. Агишев В.Г., Бондарев Н.В. Дифференциальная диагностика фабулы бреда и мировоззрения новых религиозных движений // Психиатрия: быть или не быть? : материалы науч.-практ. конф. – Ростов н/Д, 2011. – С. 15–18.
2. Алехин А.Н. Психологическая диагностика как производство симулякров // Науч. мнение. – 2011. – № 1. – С. 133–138.
3. Алехин А.Н., Литвиненко О.А. Проблема идентичности: онтогенетические и клинико-психологические аспекты // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 57–68.
4. Алехин А.Н., Литвиненко О.А. Содержание психопатологических феноменов при дебюте шизофрении и идентичность : теоретический аспект // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 49 (54). – С. 59–78.

5. Вдовенко А.М. Юношеский эндогенный приступообразный психоз, манифестирующий приступом депрессивно-бредовой структуры // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 12. – С. 9–15.
6. Гильбурд О.А. Шизофрения : семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. – М. : Видар, 2007. – 360 с.
7. Логутенко Р.М. Религиозно-архаический бредовый комплекс при параноидной шизофрении (клинико-динамический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2014. – 24 с.
8. Пашковский В.Э. Религиозно-архаический бредовый комплекс (психопатология, нозологическая принадлежность, терапевтическая динамика) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2011. – 36 с.
9. Рыбальский М.И. Бред. – М. : Медицина, 1993. – 250 с.
10. Снежневский А.В. О нозологии психических расстройств // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1975. – Т. 75, № 1. – С. 138–143.
11. Самохвалов В.П. Психический мир будущего. – Симферополь : КИТ, 1998. – 400 с. – (Тайны поведения человека).

Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Ontogeneticheskie predposylki osobennosti bredda pri endogenom psikhoze [Ontogenetic precondition of delusion structure at endogenous psychosis]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 104–114.

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

Abstract. The article presents investigated phenomena of psychotic production in schizophrenia debut (F20.0 ICD-10) in three groups of 39 people who were different years of birth (1972–1979, 1982–1984 and 1989–1994). The basic hypothesis of the study is the assumption that structure of delusion is determined by the terms of patients' identity formation and that it undergoes regular changes in recent decades. Materials of hospital charts show the difference of patients' delusion content which personality was formed within distinct stages of the socio-cultural situation in Russia's modern history. The revealed differences are analyzed in aspect of identity formation in a relationship with a significant «Other».

Keywords: medical (clinical) psychology, social psychology, debut of schizophrenia, delusions, sociocultural situation of development, personality, identity.

Alekhin Anatolii Nikolaevich – Dr. Med. Sci. Prof., Chief of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11); e-mail: termez59@mail.ru;

Litvinenko Ol'ga Andreevna – graduate student of clinical psychology and psychological care, chief of the Laboratory «Psychology of Health» the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11); e-mail: olitvinenko@mail.ru.

References

1. Agishev V.G., Bondarev N.V. Differentsial'naya diagnostika fabuly bredda i mirovozzreniya novykh religioznykh dvizhenii [Differential diagnosis of delusion ideas and world of new religious movements]. *Psikhiatriya: byt' ili ne byt'?* [Psychiatry : to be or not to be?]: Scientific. Conf. Proceedings. Rostov-na-Donu, 2011. P. 15–18. (In Russ.)
2. Alekhin A.N. Psikhologicheskaya diagnostika kak proizvodstvo simulyakrov [Psychological diagnostics as the production of simulacra]. *Nauchnoe mnenie* [Scientific opinion]. 2011. N 1. P. 133–138. (In Russ.)
3. Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Problema identichnosti: ontogeneticheskie i kliniko-psikhologicheskie aspekty [The problem of identity : developmental , clinical and psychological aspects]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 48. P. 57–68. (In Russ.)
4. Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Soderzhanie psikhopatologicheskikh fenomenov pri debyute shizofrenii i identichnost': teoreticheskii aspekt [Contents of psychopathological phenomena at onset of schizophrenia and identity: theoretical aspect]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 49. P. 59–78. (In Russ.)
5. Vdovenko A.M. Yunosheskii endogennyi pristupoobraznyi psikhoz, manifestiruyushchii pristupom depressivno-bredovoi struktury [Youthful endogenous paroxysmal psychosis manifests attack depressive-delusional structure]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov J. of Neurology and Psychiatry]. 2011. Vol. 111, N 12. P. 9–15. (In Russ.)
6. Gil'burd O.A. Shizofreniya: semiotika, germeneytika, sotsiobiologiya, antropologiya [Schizophrenia: semiotics, hermeneutics, sociobiology, anthropology]. Moskva. 2007. 360 p. (In Russ.)
7. Logutenko R.M. Religiozno-arkhaicheskii bredovyi kompleks pri paranoidnoi shizofrenii (kliniko-dinamicheskii i reabilitatsionnyi aspekty) [Religious and archaic delusional complex (clinical-dynamic and rehabilitation aspects)]: dissertation PhD Med. Sci. Tyumen', 2014. 24 p. (In Russ.)
8. Pashkovskii V.E. Religiozno-arkhaicheskii bredovoi kompleks (psikhopatologiya, nozologicheskaya prinadlezhnost', terapevticheskaya dinamika) [Religious and archaic delusional complex (psychopathology, nosological accessory, therapeutic dynamics)]: dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2011. 36 p. (In Russ.)
9. Rybal'skii M.I. Bred [Delusion idea]. Moskva. 1993. 250 p. (In Russ.)
10. Snezhnevskii A.V. O nozologii psikhicheskikh rasstroistv [On the nosology of mental disorders]. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov J. of Neurology and Psychiatry]. 1975. Vol. 75, N 1. P. 138–143. (In Russ.)
11. Samokhvalov V.P. Psikhicheskii mir budushchego [Psychic world of the future]. Simferopol'. 1998. 400 p. (In Russ.)

Received 03.11.2014 r.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ЭНДОГЕННЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Представлены результаты изучения клинических особенностей и биоэлектрической активности головного мозга с помощью визуального и спектрального анализа ЭЭГ больных с затяжными формами невротических и эндогенных тревожно-депрессивных расстройств. В ходе сравнительного анализа установлено, что, несмотря на схожесть клинических проявлений, у больных обеих групп определяются отличительные особенности изменений визуальных и спектральных показателей, что обусловлено различным функциональным состоянием структур мозга, оказывающих влияние на организацию корковой электрической активности. Полученные данные могут быть использованы для разработки дополнительных дифференциально-диагностических критериев установления правильного диагноза с целью подбора адекватного лечения.

Ключевые слова: затяжное невротическое расстройство, эндогенное тревожно-депрессивное расстройство, электроэнцефалография, дифференциальная диагностика.

Введение

Дифференциальная диагностика затяжных форм невротических и эндогенных тревожно-депрессивных расстройств является одной из актуальных задач психиатрии, имеющей важное практическое значение, так

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

Васильева Анна Владимировна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния неврозов и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: annavdoc@yahoo.com;

Караева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, руководитель отд-ния неврозов и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: tania_kar@mail.ru;

Полторац Станислав Валерьевич – канд_мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния неврозов и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: poltorak62@mail.ru.

как способствует выбору наиболее адекватного способа лечения и в конечном итоге определяет его эффективность. Сходство клинических проявлений этих состояний определяет сложность их разграничения и требует применения клинико-психопатологического метода с использованием дополнительных диагностических инструментов [3, 9].

Среди широкого спектра лабораторно-инструментальных методов диагностики особая роль принадлежит нейрофизиологическим исследованиям и, в частности, электроэнцефалографии, которая, помимо обладания высокой чувствительностью, позволяющей уловить даже самые незначительные функциональные изменения мозговых структур, является безвредной для испытуемого и не требует для проведения громоздкой дорогостоящей аппаратуры. В настоящее время для исследований, связанных с системной организацией мозговой деятельности и особенностями корково-подкорковых взаимоотношений, предпочтительнее использование комбинированного метода, сочетающего в себе визуальный анализ с современными методами математической обработки, что позволяет не только качественно, но и количественно оценить степень выраженности нарушений и значительно повышает его информативность. Одним из широко используемых методов является спектральный анализ с применением быстрого преобразования Фурье, позволяющий проводить анализ частотных компонентов энцефалограммы, отражающих деятельность различных систем мозга [11].

Цель исследования – изучить клинические особенности и биоэлектрическую активность мозга с использованием визуального и спектрального анализа у больных с невротическими и эндогенными тревожно-депрессивными расстройствами для выявления дополнительных дифференциально-диагностических критериев разграничения этих состояний.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 67 больных в возрасте от 19 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Все обследованные больные были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 36 человек (7 мужчин и 29 женщин) со средним возрастом ($37,9 \pm 8,4$) года – больные с затяжными формами невротических расстройств (F40.0 по МКБ-10), диагностика которой строилась с учетом позитивных и негативных критериев, принятых в современных отечественных исследованиях [9]. В группу были включены больные с психогенным характером заболевания, которое возникает в результате на-

рушения особенно значимых отношений личности при несоответствии возможностей, средств индивида и требований действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе. При этом из группы исключались больные с органическими изменениями головного мозга (резидуальными или текущими) и другой коморбидной патологией.

2-ю группу образовал 31 человек (11 мужчин и 20 женщин) со средним возрастом ($45,9 \pm 12,7$) года – больные с эндогенными тревожно-депрессивными расстройствами, включенными в раздел «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» (F32, F33 по МКБ-10).

В 3-ю (контрольную) группу вошли 24 здоровых лица (14 мужчин и 10 женщин) со средним возрастом ($30,7 \pm 10,6$) года.

Критериями включения в исследование были: наличие единичного или повторного депрессивного эпизода в рамках рекуррентного депрессивного расстройства легкой или умеренной степени тяжести как с соматическими симптомами, так и без, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие психотической или кататонической симптоматики. Исключались пациенты с какой-либо коморбидной патологией.

Для пациентов и 1-й и 2-й групп длительность депрессивных нарушений к моменту включения должна была быть не менее 4 нед; тяжесть состояния по шкале общего клинического впечатления – 4–5; суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона более 22, количество баллов по шкале депрессии HAD более 11.

ЭЭГ регистрировали в состоянии физиологического покоя при закрытых глазах, а также на фоне проводимых функциональных проб (открывания – закрывания глаз, ритмической фотостимуляции и гипервентиляции) на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» монополярным методом с использованием стандартной международной схемы наложения электродов «10–20». Частота оцифровки сигналов составляла 250 Гц.

Степень выраженности диффузных нарушений биоэлектрической активности головного мозга оценивалась в соответствии с классификацией Е.А. Жирмунской [7]. Анализировались основные показатели энцефалограммы: доминирующая активность, характеристики альфа-ритма, вспышки медленных волн, локальные, пароксизмоподобные и пароксизмальные нарушения активности, характер изменений активности на фоне нагрузок.

Обработку данных проводили с помощью специально разработанного пакета программ по алгоритму прямого преобразования Фурье, позволяющего определить плотность мощности сигнала для отдельных частотных диапазонов: дельта-активности (0,5–3,9 Гц), тета-активности (4,0–

7,9 Гц), альфа-активности (8,0–13,0 Гц), бета-1-активности (13,1–20,0 Гц), бета-2-активности (20,1–35,0 Гц). Материалом для математического анализа служили сигналы отведений Fr₁, Fr₂, F₃, F₄, C₃, C₄, P₃, P₄, O₁, O₂, F₇, F₈, T₃–T₆. Математической обработке подвергали 15 фрагментов ЭЭГ длительностью 4 с, не содержащие физиологических и физических артефактов.

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

Результаты и их анализ

Картина клинико-психопатологических нарушений у пациентов 1-й и 2-й групп очень сходна, что и определяет трудность дифференциальной диагностики этих состояний, в то же время имеются определенные особенности. В отличие от пациентов с невротическими расстройствами, которым свойственно манипулировать своими близкими, используя симптоматику, у пациентов с эндогенными тревожно-депрессивными нарушениями преобладали искренние переживания собственной несостоятельности, предъявление упреков себе, поскольку из-за болезненного состояния они не могли уделять нужного внимания своим близким, являлись бременем для них, не уделяли достаточно времени воспитанию детей.

Типичное для депрессивного расстройства снижение теплоты чувств к близким также тягостно переживалось пациентами. Отмечалась характерная для данного заболевания фиксация на прошлых промахах и ошибках с преувеличением негативных последствий своих действий. Одновременно в половине случаев наблюдалась утрата прежних интересов. Можно было провести определенную границу изменений, связанных с развитием депрессивного эпизода. В преморбиде отсутствовали выраженные личностные особенности, трудности социализации, типичные межличностные конфликты. Одновременно с этим была выявлена отягощенная наследственность аффективными нарушениями. Ипохондрическая симптоматика носила нестойкий, невыраженный характер, без формирования конкретных ипохондрических идей и определялась степенью соматовегетативных и алгических нарушений в структуре депрессивного синдрома.

У большинства больных отмечалась тревожная симптоматика, тревога носила неспецифический нефабулируемый характер, отсутствовали характерная для невротических пациентов антиципационная составляющая и фобические переживания. Нарушения сна выражались прерывистым поверхностным сном с ранними пробуждениями, также часто отмечались трудности засыпания, поверхностный сон без чувства отдыха утром. По-

мимо снижения аппетита, больные жаловались на притупление вкусовых ощущений, отсутствие удовольствия от употребления любимых блюд, что несвойственно пациентам с невротическими расстройствами даже при длительных эпизодах сниженного настроения. Общее снижение активности, невозможность справиться с повседневными обязанностями субъективно тягостно переживались депрессивными больными, в то время как пациенты с затяжными невротическими расстройствами скорее обвиняли близких в недостаточной чуткости и недостаточной заботе о них.

Соматовегетативные нарушения и неспецифические астенические проявления были в равной степени выражены в обеих группах, при этом у депрессивных пациентов они носили весьма монотонный характер, у пациентов с невротическими расстройствами интенсивность симптоматики менялась в зависимости от ситуации и в различный период времени преобладали разные соматические жалобы. Само депрессивное настроение имело суточную динамику, преобладали аффекты грусти, безнадежности, безрадостности, при сохраненной реактивности на внешние обстоятельства, более интенсивные эмоциональные переживания вызывали негативные события, в то время как пациенты с затяжными формами невротических расстройств, как правило, в равной степени откликались как на негативные, так и на позитивные события.

Визуальный анализ ЭЭГ. При оценке степени выраженности диффузных нарушений биоэлектрической активности головного мозга выяснилось (рис. 1), что у больных обеих групп преобладающими являлись умеренные нарушения (75,0 и 83,9 % соответственно); значительно реже регистрировались нарушения средней степени выраженности (8,3 и 16,1 % соответственно) и выраженные (16,7 и 0 %). У больных 1-й группы достоверно чаще выявлялись выраженные нарушения.

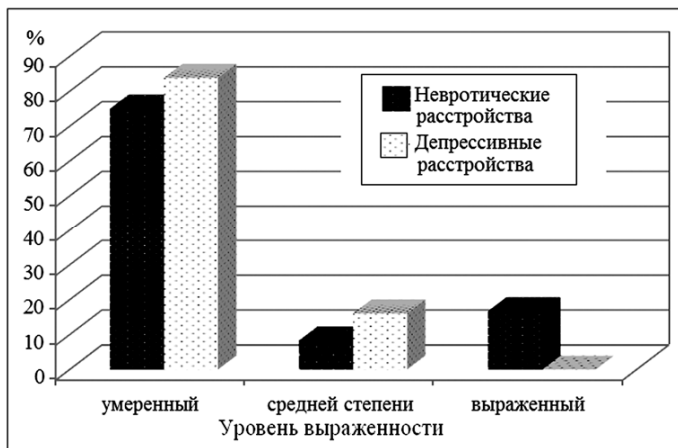


Рис. 1. Частота выраженности диффузных нарушений БЭА.

Основные изменения визуальных показателей ЭЭГ у больных 1-й и 2-й групп представлены в таблице.

Частота выявления визуальных показателей ЭЭГ

Показатель ЭЭГ		Группа		p <
		1-я	2-я	
Доминирующая активность	доминирующий альфа-ритм	30,5	25,8	–
	субдоминирующий альфа-ритм с наложением тета- и бета-волн	8,3	29,0	0,05
	полиритмичная активность	0	16,1	0,05
	субдоминирующая тета-активность	16,7	0	0,05
Распределение альфа-ритма	в теменно-затылочных областях	5,5	3,2	–
	генерализован с преобладанием в теменно-затылочных областях	80,6	80,6	–
	генерализован без регионального преобладания	13,9	16,2	–
Модуляция альфа-ритма	хорошая	13,9	6,5	–
	слабая	38,9	38,7	–
	отсутствует	47,2	54,8	–
Амплитудно-региональные отличия альфа-ритма	сохранные	44,4	0	0,01
	с тенденцией к сглаживанию и сглаженные	38,9	87,1	0,01
	отсутствуют	16,7	12,9	–
Частотный затылочно-лобный градиент альфа-ритма	сохранный	55,6	54,8	–
	отсутствующий	33,3	32,3	–
	инверсный	11,1	12,9	–

Показатель ЭЭГ		Группа		p <
		1-я	2-я	
Билатерально-синхронные вспышки медленных волн в передних отделах		33,3	83,9	0,01
Локальные нарушения активности	в центральных, теменных, затылочных, средневисочных и задневисочных областях	41,7	12,9	0,01
	в глубоких отделах полушарий	2,8	16,1	0,05
Характер изменения активности при открывании глаз	по общему типу	83,3	61,3	0,05
	умеренное ослабление реакции	11,1	25,8	–
	выраженное ослабление реакции или ее отсутствие	5,6	12,9	–
Усвоение ритма при ритмической фотостимуляции	отсутствие	47,2	90,3	0,01
	в диапазоне средних частот	22,2	6,5	0,05
	в диапазоне высоких частот	25,0	3,2	0,01
Изменения активности при гипервентиляции	усиление альфа-активности	44,4	12,9	0,01
	усиление локальных нарушений	0	22,6	0,01
	появление/усиление пароксизмоподобной активности	2,8	19,4	0,01

Спектральный анализ ЭЭГ. Различия по спектральной мощности и доминирующей частоте основных ритмов ЭЭГ рассматриваются между здоровыми и группами больных. На рис. 2–6 представлены наиболее показательные изменения.

Сравнительно с 3-й группой у пациентов обеих групп прослеживается тенденция к снижению значений спектральной мощности дельта-активности, при этом достоверные различия между группами больных выявляются только в передневисочных областях (см. рис. 2, слева). При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты дельта-активности выявлено, что по сравнению с группой здоровых эти значения достоверно выше у больных 1-й группы во всех областях обоих полушарий, кроме передневисочных, а у больных 2-й группы достоверных различий не выявляется (см. рис. 2, справа). Достоверные различия значений доминирующей частоты дельта-активности между группами больных регистрируются в правых теменной, затылочной и задневисочной областях.

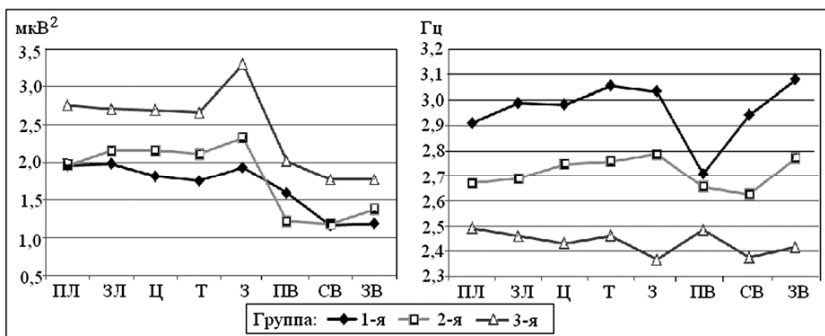


Рис. 2. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) дельта-активности ЭЭГ правого полушария.

Здесь и на рис. 3–6. Отведения: ПЛ – переднелобные, ЗЛ – заднелобные, Ц – центральные, Т – теменные, З – затылочные, ПВ – передневисочные, СВ – средневисочные, ЗВ – задневисочные

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности тета-активности видно, что по сравнению с группой здоровых во всех областях у больных обеих групп прослеживается тенденция к повышению значений, причем во 2-й группе эти значения достоверно выше, чем у больных 1-й группы в правых центральной, теменной и затылочной областях (рис. 3, слева). Достоверные различия между здоровыми и больными 2-й группы выявляются только в правых заднелобной и центральной областях, а также между здоровыми и больными 1-й группы в правой переднелобной области. На рис. 3 (справа) видно, что по сравнению с группой здоровых во всех областях больных обеих групп прослеживается тенденция к повышению значений доминирующей частоты тета-активности, однако достоверные различия выявляются только между здоровыми и больными 2-й группы в правой центральной области.

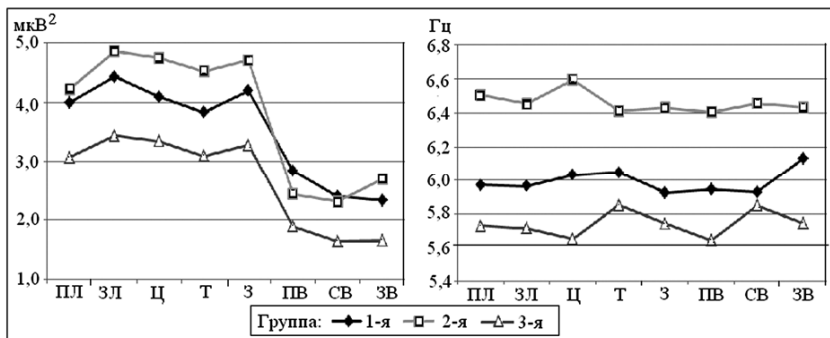


Рис. 3. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) тета-активности ЭЭГ правого полушария.

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности альфа-ритма видно (рис. 4, слева), что по сравнению с группой здоровых у больных имеется тенденция к снижению значений спектральной мощности в теменных и затылочных областях. Достоверных различий средних значений спектральной мощности альфа-ритма между исследуемыми группами не выявляется. При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты альфа-ритма видно (см. рис. 4, справа), что по сравнению с группой здоровых эти значения достоверно ниже у больных обеих групп в теменных, затылочных и задневисочных областях обоих полушарий. Достоверные различия средних значений частоты альфа-ритма между группами больных не выявляются.

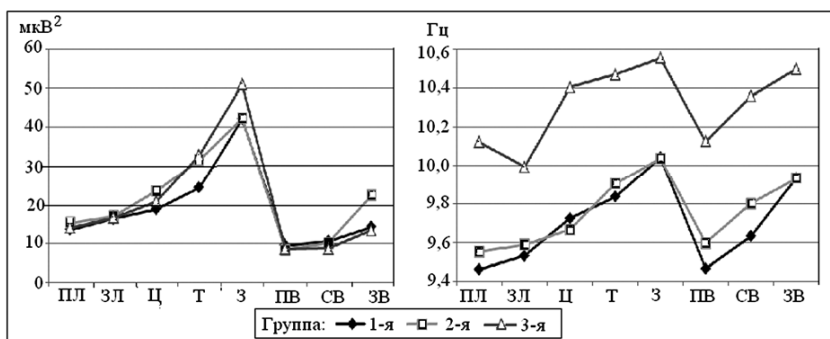


Рис. 4. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) альфа-ритма ЭЭГ правого полушария.

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов обеих групп отмечается повышение спектральной мощности бета1-активности, однако только у больных 1-й группы выявляются достоверные различия в лобных, центральных и передневисочных областях (рис. 5, слева). Достоверных различий показателей спектральной мощности бета-1-активности между группами больных не выявлено. Как видно из рис. 5 (справа), у больных обеих групп отмечается снижение показателей доминирующей частоты бета-1-активности, однако достоверных различий между группами исследуемых не обнаружено.

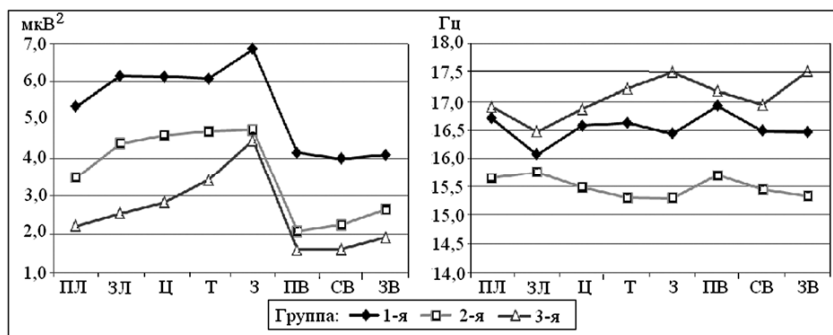


Рис. 5. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) бета1-активности ЭЭГ правого полушария.

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов обеих групп наблюдается повышение спектральной мощности бета-2-активности во всех областях, однако достоверные различия определяются у больных 1-й группы в лобных, центральных и передневисочных областях (рис. 6, слева). Достоверных различий показателей спектральной мощности бета-2-активности между группами больных не выявлено. При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты бета-2-активности выявлено, что по сравнению с группой здоровых эти значения у больных 1-й группы выше во всех областях, кроме затылочных и задневисочных, а у больных 2-й ниже во всех областях обоих полушарий, однако достоверных различий между группами исследуемых не обнаружено (см. рис. 6, справа).

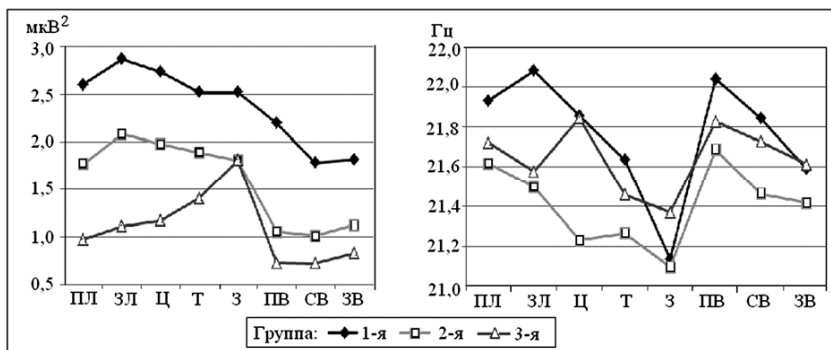


Рис. 6. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) бета2-активности ЭЭГ правого полушария.

Полученные данные электроэнцефалографического исследования обнаруживают у больных с невротическими и эндогенными тревожно-депрессивными расстройствами наличие общих признаков организации электрической активности мозга: снижение представленности альфа-ритма за счет вытеснения его другими видами активности – тета- и бета- – вплоть до практически полной замены альфа-активности регулярными тета- и бета-ритмами, нарушения пространственного распределения альфа-ритма по индексу и амплитуде, изменения модуляции альфа-ритма, вспышки медленных волн, снижения спектральной мощности и доминирующей частоты альфа-активности. Такие изменения частотно-амплитудных характеристик энцефалограммы являются, по данным многих авторов, признаком дисфункции синхронизирующих структур, в первую очередь диэнцефальных (таламус, передний гипоталамус), при одновременном ослаблении активирующих влияния ретикулярной формации [1, 2, 5, 6, 8, 11, 14].

Синхронизация ЭЭГ у больных исследуемых групп имеет качественные различия. У пациентов с невротическими расстройствами имеются отчетливые реакции активации при действии ориентировочных раздражителей и реакции усвоения ритма световых мельканий. У больных с эндогенными депрессивными расстройствами отмечается ослабление реакции десинхронизации при действии ориентировочных раздражителей, отсутствие усвоения навязанного ритма, что согласно представлениям об организации колебаний биопотенциалов головного мозга и природе изменений в ответ на раздражители свидетельствует о более выраженном снижении уровня функционального состояния головного мозга, сочетающимся с клиническими симптомами общей заторможенности, отсутствием инициативы в поведенческих реакциях, снижении мотивации.

Выявленные в результате исследования у больных обеих групп особенности тета-активности отражают изменения функционального состояния лимбической системы, особенно основной ее структуры – гиппокампа [1, 2, 10]. Однако у больных с невротическими расстройствами преобладает усиление представленности волн тета-диапазона, а у больных с эндогенными расстройствами – увеличение амплитуды и частоты тета-активности. Это позволяет предположить, что у больных этих групп состояние гиппокампа функционально различно.

В ходе спектрального анализа ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами было обнаружено повышение доминирующей частоты дельта-активности в сравнении как со здоровыми, так и с больными другой группы. Этот своеобразный паттерн медленных колебаний в дельта-диапазоне был выявлен нами и в предыдущих исследованиях [13], что позволяет считать его характерным признаком невротических расстройств.

Особого внимания заслуживает факт выявления у больных исследуемых групп локальных нарушений активности в различных областях. У пациентов 1-й группы чаще выявлялись нарушения в задних отделах левого полушария (в центральной, теменной, затылочной и височной областях), функцией которых, по мнению ряда авторов, является восприятие и переработка вербальных стимулов [12]. У больных 2-й группы чаще регистрировались изменения в глубоких отделах полушарий с акцентом в лобно-височных областях, что может быть связано с влияниями гиппокампа через экстрафорникальные связи на лобно-височные отделы неокортекса [4].

Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных обеих групп выявляются общие признаки дисфункции систем мозга, которые оказывают существенную роль на организацию электрической активности головного мозга: неспецифической системы (основными отделами которой являются: мезэнцефальная ретикулярная формация, ретикулярная формация продолговатого мозга, неспецифические ядра таламуса и пути их связей с выше- и нижележащими структурами, неспецифическая система коры) и биологически специфической лимбической системы (основными структурами которой являются гипоталамус и гиппокамп). Несмотря на сходство электрической активности головного мозга, обнаруживаются и отличительные особенности визуальных и спектральных характеристик, что делает перспективным дальнейший поиск дополнительных электроэнцефалографических дифференциально-диагностических критериев.

Заключение

Проведение дифференциальной диагностики между затяжными формами невротических расстройств и аффективной патологией является

трудной диагностической задачей и требует как анализа преморбидного фона, на котором развилось заболевание, так и детального анализа психопатологических нарушений и анамнеза заболевания с использованием дополнительных диагностических инструментов.

Электроэнцефалография, являясь одним из наиболее часто применяемых нейрофизиологических методов диагностики, позволяет не только качественно, но и количественно оценить деятельность различных систем мозга и способствует выявлению дополнительных дифференциально-диагностических критериев разграничения этих состояний.

Литература

1. Биопотенциалы мозга человека (математический анализ) / под ред. В.С. Русинова. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
2. Болдырева Г.Н., Шарова Е.В., Добронравова И.С. Роль регуляторных структур мозга в формировании ЭЭГ человека // Физиол. человека. – 2000. – Т. 26, № 5. – С. 19–34.
3. Вейн А.М. Неврозы // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. – № 11. – С. 38–41.
4. Вольнкина Г.Ю., Суворов Н.Ф. Нейрофизиологическая структура эмоциональных состояний человека. – Л. : Наука, 1981. – 149 с.
5. Гусельников В.И. Электрофизиология головного мозга. – М. : Высш. шк., 1976. – 423 с.
6. Егорова И.С. Электроэнцефалография. – М. : Медицина, 1973. – 296 с.
7. Жирмунская Е.А. Клиническая электроэнцефалография. – М. : Мейби, 1991. – 77 с.
8. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. – М. : Наука, 1984. – 79 с.
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы : руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
10. Кирой В.Н., Ермаков П.Н. Электроэнцефалограмма и функциональные состояния человека. – Ростов/Д : Изд-во Рост. ун-та, 1998. – 264 с.
11. Поворинский А.Г., Заболотных В.А. Пособие по клинической электроэнцефалографии. – Л. : Наука, 1987. – 62 с.
12. Свидерская Н.Е., Прудников В.Н., Антонов А.Г. Особенности ЭЭГ-признаков тревожности у человека // Журн. высшей нервной деятельности. – 2001. – Т. 51, № 2. – С. 158–165.
13. Шульц Е.В., Бабурин И.Н., Караваева Т.А. [и др.]. Биоэлектрическая активность мозга у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами (по данным спектрального анализа) // Обзор. психиатрии и мед. психологии. – 2010. – № 3. – С. 26–31.
14. Andersen P., Andersen S.A. Physiological basis of the alpha-rhythm. – New York : Appleton-Century Crofts, 1968. – 235 p.

Shults E.V., Vasilieva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V. Kliniko-elektrocefalograficheskoe issledovanie zatyazhnyx form nevroticheskix i endogen-nyx trevozhno-depressivnyx rasstrojstv [Clinical and electroencephalographic study of the prolonged forms of neurotic and endogenous depression-anxiety disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 115–129.

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

Abstract. Presents the results of a study of clinical features and bioelectric of brain activity with the help of visual and spectral analysis of the EEG of patients with prolonged forms of neurotic and endogenous depression-anxiety disorders. During the comparative analysis revealed that, despite the similarity of clinical manifestations in patients of both groups are defined by distinctive features of visual changes and spectral indices, due to the different functional state of the brain structures that affect the organization of cortical electrical activity. The obtained data can be used to develop additional differential diagnostic criteria establish a correct diagnosis in order to select adequate treatment.

Key words: prolonged neurotic disorder, endogenous anxiety-depressive disorder, electroencephalography, differential diagnosis.

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

Vasilieva Anna Vladimirovna – Dr. Med. Sci., Leading research associate, Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: annavdoc@yahoo.com;

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

Poltorak Stanislav Valerievach – PhD Med. Sci., Leading research associate, Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: poltorak62@mail.ru.

References

1. Biopotentsialy mozga cheloveka (matematicheskii analiz) [The bioelectric potentials of the human brain (mathematical analysis)]. Ed. V.S. Rusinova. Moskva. 1987. 256 p. (In Russ.)

2. Boldyreva G.N., Sharova E.V., Dobronravova I.S. Rol' regulatorynykh struktur mozga v formirovanii EEG cheloveka [The role of the regulatory structures of the brain in the formation of the human EEG]. *Fiziologiya cheloveka* [Human physiology]. 2000. Vol. 26, N 5. P. 19–34. (In Russ.)

3. Vein A.M. Nevrozy [Neuroses]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov J. of Neurology and Psychiatry]. 1998. N 11. P. 38–41. (In Russ.)

4. Volynkina G.Yu., Suvorov N.F. Neurofiziologicheskaya struktura emotsional'nykh sostoyanii cheloveka [Neurophysiological structure of human emotional States]. Leningrad. 1981. 149 p. (In Russ.)
5. Gusel'nikov V.I. Elektroфизиология головного мозга [The electrophysiology of the brain]. Moskva. 1976. 423 p. (In Russ.)
6. Egorova I.S. Elektroentsefalografiya [Electroencephalography]. Moskva. 1973. 296 p. (In Russ.)
7. Zhirmunskaya E.A. Klinicheskaya elektroentsefalografiya [Clinical electroencephalography]. Moskva. 1991. 77 p. (In Russ.)
8. Zhirmunskaya E.A., Losev V.S. Sistemy opisaniya i klassifikatsiya elektroentsefalogramm cheloveka [System description and classification of human electroencephalograms]. Moskva. 1984. 79 p. (In Russ.)
9. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva. 1990. 576 p. (In Russ.)
10. Kiroi V.N., Ermakov P.N. Elektroentsefalogramma i funktsional'nye sostoyaniya cheloveka [Electroencephalogram and functional condition of the person]. Rostov-na-Donu. 1998. 264 p. (In Russ.)
11. Povorinskii A.G., Zabolotnykh V.A. Posobie po klinicheskoi elektroentsefalografii [Manual of clinical electroencephalography]. Leningrad. 1987. 62 p. (In Russ.)
12. Sviderskaya N.E., Prudnikov V.N., Antonov A.G. Osobennosti EEG-priznakov trevozhnosti u cheloveka [Features of the EEG signs of anxiety in humans]. *Zhurnal vysshei nervnoi deyatel'nosti* [J. of higher nervous activity]. 2001. Vol. 51, N 2. P. 158–165. (In Russ.)
13. Shul'ts E.V., Baburin I.N., Karavaeva T.A. [et al.]. Bioelektricheskaya aktivnost' mozga u bol'nykh s nevroticheskimi i nevrozopodobnymi rasstroistvami (po dannym spektral'nogo analiza). *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii* [Review of psychiatry and medical psychology]. 2010. N 3. P. 26–31. (In Russ.)
14. Andersen P., Andersen S.A. Physiological basis of the alpha-rhythm. New York : Appleton-Century Crofts. 1968. 235 p.

Received 29.09.2014

ПСИХОЛОГИЯ И ДЕВИАНТОЛОГИЯ

УДК 159.923.2 : 316.16

Е.Е. Малкова, А.А. Наумова

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ-ДЕВИАНТОВ

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

Рассматриваются особенности межличностных отношений подростков, проявляющих девиантные формы поведения. Представлены результаты сравнительного исследования 66 подростков с девиантным поведением и 44 социально адаптированных подростков с применением методики диагностики межличностных отношений Т. Лири, а также специально разработанной анкеты. Показано ключевое значение характера взаимоотношений со сверстниками в качестве предиктора возникновения отклонений в поведении подростков. Описаны типы межличностных отношений, присущих социально адаптированным подросткам и подросткам-девиантам. Для девиантных подростков преобладающими типами межличностных отношений являются властно-лидирующий – $(9,0 \pm 3,0)$ балла, зависимо-послушный – $(8,5 \pm 2,9)$ балла и сотрудничающе-конвенциональный – $(9,9 \pm 3,0)$ балла, в то время как для социально адаптированных подростков характерно гармоничное сочетание черт всех типов межличностных отношений.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социальная психология, подросток, отклоняющееся поведение, межличностные отношения.

Введение

Рост отклоняющегося поведения подростков приобрел в настоящее время острейшую социально-психологическую значимость, что также подтверждается многочисленными исследованиями данной проблемы [1–4, 6, 9]. Подростковый возраст является одним из ключевых и кризисных этапов индивидуального физиологического, психологического и социального развития [5, 7]. Известно, что в этом возрасте первостепенную значимость приобретают общение и межличностные отношения с ближайшим окружением, в особенности со сверстниками.

Наумова Анна Андреевна – аспирант каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48); e-mail: annclever@rambler.ru;

Малкова Елена Евгеньевна – д-р психол. наук, проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48); e-mail: helen_malkova@herzen.spb.ru.

Памятуя высказывание В.Н. Мясищева о том, что «отношения человека представляют сознательную, избирательную, основанную на опыте психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях» [8, с. 48], следует согласиться с тем, что при изучении проблемы девиантного (отклоняющегося) поведения подростков в первую очередь следует обратиться к исследованию особенностей их межличностных отношений.

Цель исследования – изучение особенностей межличностных отношений девиантных подростков в период переживания кризиса.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 110 подростков (56 мальчиков и 54 девочки) в возрасте от 11 до 17 лет, среди которых у 66 (37 мальчиков и 29 девочек) фиксировались те или иные формы девиантного поведения (систематические прогулы занятий, драки в школе, мелкое воровство, курение, употребление алкогольных напитков и психоактивных веществ (ПАВ) и т. п.), и 44 (19 мальчиков и 25 девочек) социально адаптированных подростка.

Прежде всего всем участникам исследования было предложено заполнить специально разработанную анкету, содержащую вопросы о характере их взаимоотношений с ближайшим социальным окружением (родителями, учителями, одноклассниками), а также о наличии опыта употребления алкогольных напитков и ПАВ, проблем с полицией, систематических прогулов занятий.

Для анализа особенностей межличностных отношений нами была использована методика диагностики межличностных отношений, разработанная Т. Лири [10].

Результаты исследования проверили на нормальность распределения. Для сравнения средних значений показателей по группам подростков применялись *t*-критерий Стьюдента (для количественных признаков) и критерий *U*-Манна–Уитни (для порядковых признаков). В статье представлены средние показатели и среднее квадратическое отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты и их анализ

Обратимся к анализу результатов анкетирования участников исследования. Как видно из табл. 1, статистически достоверные различия в ранговых значениях в исследуемых группах были обнаружены по показателям «Курение» и «Проблемы с полицией». В отличие от социально адаптированных подростков, девиантные подростки чаще курят ($p = 0,001$) и имеют проблемы с представителями правоохранительных органов ($p = 0,000$).

Таблица 1

Формы отклоняющегося поведения у подростков в группах, n (%)

Форма отклоняющегося поведения	Подростки с девиантным поведением	Социально адаптированные подростки	p <
Опыт употребления алкоголя	19 (44,2)	20 (44,8)	
Курение	5 (28,7)	4 (16,7)	0,001
Опыт употребления наркотиков	20 (44,5)	20 (44,5)	
Проблемы с полицией	23 (52)	16 (36,9)	0,001
Прогулы занятий	21 (47,6)	18 (41,4)	

Однако особое внимание обратил на себя показатель частоты употребления алкоголя, который в группе социально адаптированных подростков находился на том же уровне, что и у девиантных (44,8 против 44,2 %), и свидетельствовал о том, что более 30 % представителей обеих групп признавались в употреблении алкоголя. 5 подростков в своих анкетных листах отмечали, что алкоголь они употребляют периодически для «снятия напряжения», «расслабления». Очевидно, что подобный «способ совладания со стрессовыми ситуациями» является самодеструктивным и требует вмешательства специалистов, занимающихся первичной и вторичной профилактикой аддиктивных форм поведения.

Что же касается непосредственно сферы взаимоотношений с ближайшим социальным окружением, нами были получены следующие данные (табл. 2). Прежде всего необходимо отметить, что у социально адаптированных подростков, в отличие от девиантных, нарушения во взаимоотношениях со сверстниками не обнаруживаются. Выявленное статистически значимое различие по данному показателю ($p = 0,024$) можно трактовать как один из предикторов выявления дезадаптивных (девиантных) форм поведения у подростков.

Таблица 2

Оценка характера межличностных отношений у подростков в группах, n (%)

Сфера отношений	Подростки с девиантным поведением	Социально адаптированные подростки	p <
Отношения с родителями	17 (41,5)	20 (46,5)	
Отношения с одноклассниками	22 (49,9)	17 (39,1)	0,024
Отношения с учителями	20 (46,5)	19 (42,5)	

Поскольку общение со сверстниками в подростковом возрасте приобретает первостепенную значимость, любые нарушения в этой сфере провоцируют «одинокого» подростка на поиск способов заполнения возникшей «бреши». Одним из таких способов является проявление различных форм девиантного поведения, которые приобретают в глазах подростка особую привлекательность ввиду того, что подразумевают некое «бунтарство», способное привлечь внимание сверстников. Исходя из этого, можно предположить, что наличие нарушений во взаимоотношениях со сверстниками в подростковом возрасте может служить предиктором появления девиаций в поведении подростка в будущем.

Отсутствие статистически достоверных различий в группах по показателю взаимоотношений со взрослым окружением (родителями и учителями) может быть объяснено тем, что одной из основных особенностей подросткового возраста является появление реакции эмансипации, которая, исходя из полученных результатов, проявляется у представителей обеих групп в равной степени, что, однако, не исключает различный характер ее протекания.

Далее перейдем к рассмотрению результатов анализа данных по методике диагностики межличностных отношений Т. Лири (рис. 1). Здесь же необходимо отметить, что в нашей работе опросник Лири использовался дважды: сначала для исследования того, как подростки характеризует свои взаимоотношения на настоящий момент («Я-реальное»), далее же нас интересовало, хотелось ли им что-либо изменить в уже сложившейся «модели» взаимоотношений с окружающими («Я-идеальное»).

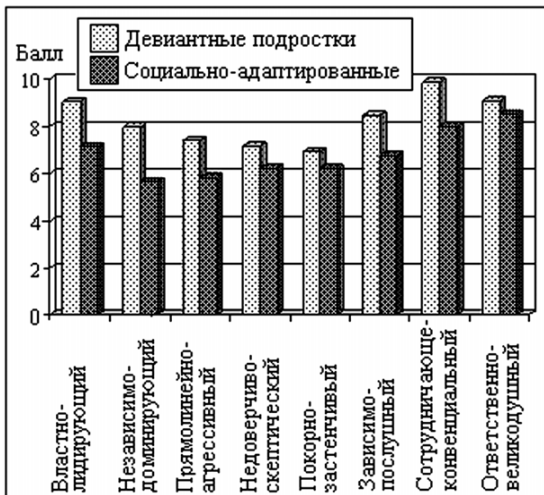


Рис. 1. «Я-реальное» у подростков в группах.

Из рис. 1 видно, что у подростков обеих групп имеются различия в характере межличностных отношений, причем по ряду шкал они достигают статистической значимости (см. табл. 3). Исходя из полученных результатов, можно сказать, что у девиантного подростка преобладающими типами межличностных отношений являются властно-лидирующий – ($9,0 \pm 3,0$) балла, зависимо-послушный – ($8,5 \pm 2,9$) балла и сотрудничающе-конвенциональный типы – ($9,9 \pm 3,0$) балла. В межличностных отношениях эти подростки характеризуются оптимистичностью, высокой активностью, тенденцией к доминированию, легкостью и быстротой в принятии решений, ориентацией в основном на собственное мнение и минимальной зависимостью от внешних средовых факторов, а также экстравертированностью. Поступки и высказывания подростков-девиантов могут опережать их продуманность, то есть для них характерно реагирование по типу «здесь и сейчас», активное воздействие на окружение, завоевательная позиция, стремление вести за собой и подчинять своей воле других. В то же время этих подростков отличают высокая тревожность, повышенная чувствительность к средовым воздействиям, зависимость мотивационной направленности от складывающихся со значимыми другими отношений, эмоциональная неустойчивость, поиски признания в глазах наиболее авторитетных членов группы.

Таблица 3

Типы межличностных отношений у подростков в группах, ($M \pm \sigma$) балл

Тип межличностных отношений	Группа*		p <	Группа*		p <
	1-я	2-я		1-я	2-я	
	«Я-реальное»			«Я-идеальное»		
Властно-лидирующий	9,0 ± 3,0	7,1 ± 2,9	0,002	9,9 ± 3,0	9,6 ± 2,9	
Независимо-доминирующий	7,9 ± 0,0	5,7 ± 0,0	0,000	8,0 ± 2,4	6,4 ± 2,6	0,002
Прямолинейно-агрессивный	7,4 ± 3,0	5,8 ± 2,7	0,007	6,7 ± 2,3	5,7 ± 2,9	
Недоверчиво-скептический	7,2 ± 3,1	6,2 ± 2,9		5,8 ± 2,9	3,9 ± 2,7	0,001
Покорно-застенчивый	6,9 ± 3,0	6,2 ± 2,8		5,9 ± 3,2	4,8 ± 3,0	
Зависимо-послушный	8,5 ± 2,9	6,8 ± 2,8	0,003	7,2 ± 3,0	5,9 ± 3,0	0,05
Сотрудничающе-конвенциональный	9,9 ± 3,0	7,9 ± 2,4	0,001	9,6 ± 2,7	8,7 ± 2,9	
Ответственно-великодушный	9,0 ± 0,0	8,5 ± 0,0		9,6 ± 0,0	8,6 ± 0,0	

* Группа: 1-я – подростки с девиантным поведением, 2-я – социально адаптированные подростки.

Таким образом, портрет современного подростка-девианта оказывается весьма противоречивым: с одной стороны, он стремится к доминиро-

ванию в межличностных отношениях, с другой стороны, ищет признания значимых для него лиц. На основании этого можно предположить, что подобный внутрличностный конфликт также является одной из причин проявления отклоняющегося поведения.

В свою очередь, для социально адаптированных подростков характерно гармоничное сочетание черт всех типов межличностных отношений, представленных в опроснике: средние значения показателей по октантам у них не превышают 8 баллов (исключение составляет только шкала «Ответственно-великодушный тип» – $(8,5 \pm 0,0)$ балла) и, в целом, ниже, чем у подростков-девиантов. Исходя из этого, можно заключить, что более успешной адаптации подростков способствует умеренная (не акцентированная) развитость всех черт, присущих выделенным типам межличностных отношений.

Для оценки того, насколько сильно девиантные подростки ощущают (и ощущают ли вообще) потребность в изменении характера своих межличностных отношений, нами был проведен повторный опрос по методике Т. Лири всех участников исследования. Однако на этот раз нас интересовало не то, какими себя видят подростки в межличностных отношениях в настоящий момент («Я-реальное»), а то, какими они стремятся стать, хотя бы что-либо изменить в себе («Я-идеальное») (рис. 2).

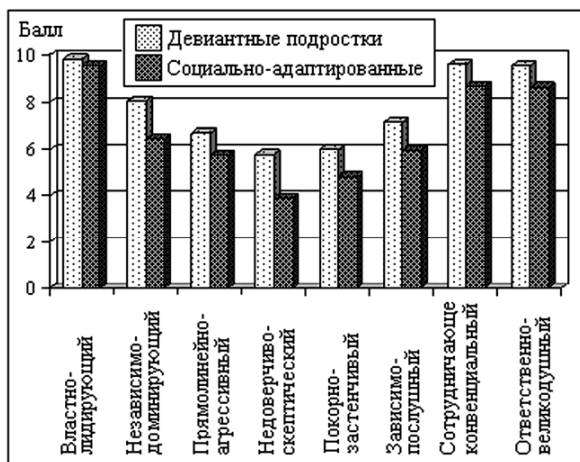


Рис. 2. «Я-идеальное» у подростков в группах.

Оказалось, что подростки, проявляющие отклоняющееся поведение, хотели бы стать еще более уверенными, независимыми и ответственными, при этом меньше ориентироваться на принятие и социальное одобрение, быть менее конформными. Интересно, что социально адаптированные

подростки также хотели бы видеть себя более властно-лидирующими, но, в то же время, более дружелюбными и стремящимися удовлетворять требования всех. Исходя из полученных данных, становится очевидным, что девиантные подростки действительно испытывают трудности не только в межличностных отношениях, но и в отношении к себе, осознают потребность и необходимость изменения собственного поведения.

Заключение

Таким образом, анализируя все полученные результаты, можно сказать о том, что подростки, проявляющие различные формы отклоняющегося поведения, переживая кризис подросткового возраста, испытывают трудности в установлении и поддержании межличностных отношений с ближайшим окружением, и прежде всего со своими сверстниками. При этом, стараясь «влиться» в круг своих ровесников, «стать своим», подросток ощущает внутриличностный конфликт, заключающийся в стремлении быть собой и независимым (реакция эмансипации), с одной стороны, и соответствовать требованиям значимых других, быть признанным – с другой.

Основным направлением в оказании психологической помощи подросткам-девиантам должна стать работа с возникшим внутриличностным конфликтом, а также обучение навыкам эффективного построения межличностных взаимоотношений со снижением ориентации на мнение окружающих в ущерб себе.

Литература

1. Алёхин А.Н., Локтева А.В. Клинико-психологические аспекты алкоголизации подростков // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – Т. 82, № 12. – С. 11–15.
2. Алёхин А.Н., Малкова Е.Е. Саморазрушающее поведение подростков как феномен и научная проблема // *Universum: Вестн. Герценовского ун-та.* – 2012. – № 2. – С. 191–198.
3. Алёхин А.Н., Осташева Е.И. Особенности формирования личности в подростковом возрасте как индикаторы качества образовательной среды // *Психол. наука и образование.* – 2013. – № 6. – С. 13–19.
4. Беребин М.А. Концепция отношений В.Н. Мясищева и теория психической адаптации личности // *Вестн. ЮУрГУ. Серия: Психология.* – 2008. – № 33 (133). – С. 18–25.
5. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
6. Калинин Н.И., Малкова Е.Е. Клинико-психологическая типология нарушений психической адаптации в подростковом возрасте // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях.* – 2012. – № 2. – С. 86–91.

7. Малкова Е.Е., Наумова А.А. Подростковый период формирования личности как фундаментальная проблема науки и практики // Практична психология та соціальна робота. – 2012. – № 12. – С. 29–37.

8. Мясичев В.Н. Психология отношений. – М. : МПСИ, 2005. – 158 с.

9. Семикин В.В., Королёва Н.Н., Алёхин А.Н. [и др.]. Девиантное поведение детей и подростков в современных социокультурных условиях : учеб. пособие / под ред. В.В. Семикина, Н.Н. Королёвой. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 183 с.

10. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. – СПб. : Речь, 2002. – 95 с.

Malkova E.E., Naumova A.A. Osobnosti mezlichnostnykh odnoshenii podrostkov-deviantov [The Characteristics of Interpersonal Relations of Deviant Teenagers]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 130–138.

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

Naumova Anna Andreevna – graduate student of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11); e-mail: annclever@rambler.ru;

Malkova Elena Evgen'evna – Dr. Psychol. Sci., Prof. of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11); e-mail: helen_malkova@herzen.spb.ru.

Abstract. The characteristics of deviant teenagers' interpersonal relations are examined. The results of comparative analysis of 66 teenagers with deviant behaviour and 44 socially adapted teenagers with the use of T. Leary's Interpersonal Diagnosis of Personality method and a specially designed questionnaire are presented. The crucial nature of relationships with peers as a predictor of deviations in behaviour of adolescents is shown. The types of socially adapted and deviant teenagers' interpersonal relationships are described. The dominant types of interpersonal relationships for deviant teenagers are managerial-autocratic (9.0 ± 3.0) points, docile-dependent (8.5 ± 2.9) points and cooperative-overconventional (9.9 ± 3.0) points, while the balanced combination of all types of interpersonal relationships' traits is distinct for socially adapted teenagers.

Key words: clinical (medical) psychology, social psychology, a teenager, the deviant behaviour, interpersonal relations.

References

1. Alekhin A.N., Lokteva A.V. Kliniko-psikhologicheskie aspekty alkogolizatsii podrostkov [Clinical-psychological aspects of alcohol addiction among adolescents]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta* [Proceedings of University of PF Lesgafta]. 2011. Vol. 82, N 12. P. 11–15. (In Russ.)

2. Alekhin A.N., Malkova E.E. Samorazrushayushchee povedenie podrostkov kak fenomen i nauchnaya problema [The self-destructive behaviour of adolescents as phenomenon and scientific problem]. *Universum: Vestnik Gertsenovskogo universiteta* [Universum: The Herzen University Bulletin]. 2012. N 2. P. 191–198. (In Russ.)
3. Alekhin A.N., Ostasheva E.I. Osobennosti formirovaniya lichnosti v podrostkovom vozraste kak indikatory kachestva obrazovatel'noi sredy [Features of identity formation in adolescence as indicators of the quality of the educational environment]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2013. N 6. P. 13–19. URL: www.psyedu.ru (In Russ.)
4. Berebin M.A. Kontseptsiya otnoshenii V.N. Myasishcheva i teoriya psikhicheskoi adaptatsii lichnosti [Myasishchev's conception of personality attitude and the theory of psychic adaptation of personality]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2008. N 33. P. 18–25. (In Russ.)
5. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romitsyna E.E. Roditeli glazami podrostka: psikhologicheskaya diagnostika v mediko-pedagogicheskoi praktike [Parents by teenagers' eyes: psychological diagnostics in medical-pedagogical practice]. Sankt-Peterburg. 2004. 256 p. (In Russ.)
6. Kalin N.I., Malkova E.E. Kliniko-psikhologicheskaya tipologiya narushenii psikhicheskoi adaptatsii v podrostkovom vozraste [Clinical and psychological typology of mental desadaptation in adolescence]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2012. N 2. P. 86–91. (In Russ.)
7. Malkova E.E., Naumova A.A. Podrostkovyi period formirovaniya lichnosti kak fundamental'naya problema nauki i praktiki [The teenage period of personality's formation as a fundamental problem of science and practice]. *Praktichna psikhologiya ta sotsial'na robota* [Applied psychology and social work]. 2012. N 12. P. 29–37. (In Russ.)
8. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii [Psychology of the relations]. Moskva. 2005. 158 p. (In Russ.)
9. Semikin V.V., Koroleva N.N., Alekhin A.N. [et al.]. Deviantnoe povedenie detei i podrostkov v sovremennykh sotsiokul'turnykh usloviyakh [The deviant behavior of children and teenagers in modern sociocultural conditions]. Eds.: V.V. Semikin, N.N. Koroleva. Sankt-Peterburg. 2013. 183 p. (In Russ.)
10. Sobchik L.N. Diagnostika individual'no-tipologicheskikh svoystv i mezhlchnostnykh otnoshenii [The diagnostics of individual and typological characteristics and interpersonal relations]. Sankt-Peterburg. 2002. 95 p. (In Russ.)

Received 08.12.2014

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ
ПРАВОНАРУШЕНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СРЕДИ
БЛИЗКИХ РОДСТВЕННИКОВ ОСУЖДЕННЫХ ПРЕСТУПНИКОВ**

Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной
медицины (Россия, г. Новосибирск, ул. Тимакова, д. 4);
Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1);
Новосибирский государственный педагогический университет
(Россия, г. Новосибирск, ул. Виллойская, д. 28);
Новосибирский центр повышения квалификации работников
здравоохранения (Россия, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 126)

Изучены особенности социально-психологической адаптации подростков, совершивших противоправные деяния и находящихся в колонии для несовершеннолетних, в зависимости от наличия среди близких родственников (мать, отец) осужденных преступников. Проведено психологическое тестирование двух групп осужденных (58 подростков из формально благополучных семей и 41 подросток, у которых отец или мать были осуждены в прошлом или настоящем за противоправные деяния) в возрасте от 15 до 17 лет. Показано, что процесс социально-психологической адаптации осужденных подростков в целом протекает односторонне, независимо от наличия в семье осужденных родственников. Однако подростки из семей осужденных преступников имеют более низкий уровень принятия себя (при $p \leq 0,05$). Подростки 2-й группы более органично вписываются в условия колонии для несовершеннолетних и чувствуют себя там достаточно комфортно.

Черепкова Елена Владимировна – д-р мед. наук, ст. науч. сотр., Науч.-исслед. ин-т физиологии и фундам. медицины СО РАМН (Россия, 630117, г. Новосибирск, ул. Тимакова, д. 4); e-mail: india06@mail.ru;

Гуревич Константин Георгиевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф., Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова (Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1); e-mail: kgurevich@mail.ru;

Чухрова Марина Геннадьевна – д-р мед. наук, проф. каф., Новосиб. гос. пед. ун-т (Россия, 630126, Новосибирск, ул. Виллойская, д. 28); e-mail: mba3@sbmail.ru;

Антонов Александр Рудольфович – д-р мед. наук проф., директор Новосиб. центра повышения квалификации работников здравоохранения (Россия, 630087, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 126); e-mail: pathology@mail.ru.

Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ МД 1401.2014.7 и гранта Правительства Новосибирской обл. на проведение прикладных научных исследований № ОН-14-25.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социально-психологическая адаптация, подростки, правонарушение, семейные условия.

Введение

Лица, совершающие противоправные деяния умышленно, чаще всего осознают общественную опасность своего деяния и возможность наказания. В отношении данного контингента нет единого мнения по поводу того, какой именно фактор является ключевым, предрасполагающим к совершению антисоциальных действий. Принято выделять следующие факторы, обуславливающие возникновение и развитие противоправного поведения [2]:

- индивидуальный, действующий на уровне биологических предпосылок, которые затрудняют социальную адаптацию индивида и приводят его к дезадаптации в обществе;

- психологический, который неблагоприятно влияет на особенности взаимодействия человека со своим ближайшим окружением;

- личностный, влияющий на социально активное избирательное отношение индивида к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего социального окружения и определяющий ценностные ориентации индивида, его способности и готовность к саморегуляции своего поведения и состояния;

- социальный, определяющийся социальными, социально-экономическими и социокультурными условиями существования и непосредственно определяющий социальное положение индивида в обществе;

- психолого-педагогический, включающий образование и воспитание индивида в образовательной и социокультурной среде и проявляющийся в дефектах семейного воспитания.

При этом считается, что влияние каждого из этих факторов если не равноценно, то по крайней мере одинаково значимо, и их комплексное влияние обеспечивает в качестве итога преступление, который совершает индивид. Нами высказана гипотеза о неравноценности представленных факторов. Многочисленные наблюдения показывают, что усыновленные дети асоциальных элементов, которые воспитываются в нормальных семьях, вырастая, преступают закон или обнаруживают другие девиации, которые как раз и были свойственны их биологическим родителям [2]. Классический средовой фактор, такой как неблагоприятное социальное окружение, не всегда является обязательным. В принципе, данные исследования солидаризуются с результатами крупномасштабных исследований, проведенных с помощью близнецовых методов на приемных детях, которые свидетельствуют о склонности к сознательному совершению преступлений

как наследственному признаку [4]. Существуют исследования, где убедительно показано, что среди совершивших уголовные преступления имеется повышенное относительно общепопуляционных показателей число лиц, обладающих однородными личностными особенностями, в которых ведущими являются, согласно имеющимся классификациям, импульсивность, агрессивность, асоциальность, гиперчувствительность к межличностным отношениям, отчуждение и плохая социальная приспособляемость. Указано, что данные психологические черты не в равной мере присущи различным категориям лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния [3, 5, 6].

Процесс формирования установки на возможность совершения преступления (какую бы категорию подростков-преступников мы ни рассматривали) всегда предполагает взаимодействие между ними и окружающей средой, что является содержанием адаптационного процесса. Успешность этого процесса (определяемая как уровень адаптированности) определяется как спецификой окружающей социальной среды, так и внутренними резервами личности, способностью не только их использовать, но и активно развивать. А.А. Реан и Я.Л. Коломенский указывают на непрерывную связь адаптации и развития: «...если рассматривать социальность как врожденное свойство индивида, то процесс социальной адаптации следует определить как активно-развивающий, а не только активно-приспособительный» [1, с. 34]. В случае с подростками, совершившими правонарушение, активно развивается как раз антисоциальная составляющая личности.

Учитывая важность наследственных и эпигенетических факторов в процессе целостной социально-психологической адаптации как динамического явления, с одной стороны, а также в становлении личности подростка, с другой стороны, очевидной становится необходимость их учета. Однако вопрос о влиянии этих факторов на проявления девиантного поведения до сих пор остается дискуссионным.

Можно предположить, что процесс адаптации в разных социальных условиях потребует от подростка актуализации разных личностных, интеллектуальных, коммуникативных особенностей, наличие которых и предопределяет склонность к правонарушениям. Так, при наличии в семье родственников, осужденных за преступления, подросток менее склонен задумываться о нравственной стороне преступности, поскольку многие вещи еще не способен воспринимать критически. Кроме того, с большой долей вероятности можно предположить, что социально-психологическая обстановка, семья, в которой воспитывается такой подросток, является дисфункциональной, что провоцирует тревожность, агрессивность, депрессивность и низкую самооценку. Для исследования этой гипотезы был проведен сравнительный анализ социально-психологических аспектов процес-

са адаптации подростков, совершивших правонарушение и пребывающих в местах лишения свободы.

Цель исследования – изучить особенности социально-психологической адаптации подростков, совершивших противоправные деяния и находящихся в колонии для несовершеннолетних, в зависимости от наличия среди близких родственников (мать, отец) осужденных преступников.

Материал и методы

В исследовании принимали участие две группы подростков (все мужского пола), находящихся в колонии для несовершеннолетних за совершение преступлений (преимущественно мошенничество, торговля наркотиками, хулиганство, кражи, разбой). Ключевое отличие в сравниваемых группах заключалось в психолого-педагогических условиях, в которых проходил процесс когнитивного и личностного развития подростков: 58 подростков были из формально благополучных семей (1-я группа) и у 41 подростка отец или мать были осуждены в прошлом или настоящем за противоправные деяния (2-я группа). Возраст испытуемых составил от 15 до 17 лет.

В рамках исследования применялся следующий блок методик:

1) шкала социально-психологической адаптированности (СПА), разработанная К. Роджерсом и Р. Даймондом (в адаптации Т.В. Снегиревой);

2) шкала «Я-концепции» для подростков, разработанная Е. Пирсом, Д. Харрисом (в адаптации А.М. Прихожан);

3) опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова);

4) статистический анализ с помощью общепринятых методов. На первом этапе математической обработки полученных эмпирических данных использовался *t*-критерий Стьюдента для случая несвязанных неравнозначных выборок для выяснения, существуют ли достоверно значимые различия между группами по основным исследуемым переменным. Полученные на первом этапе данные потребовали дальнейшего анализа качества и характера взаимосвязей между переменными внутри выборок, для чего на втором этапе математической обработки был использован факторный анализ (рассматривались признаки с факторными весами от 0,5).

Результаты и их анализ

В процессе обследования двух групп несовершеннолетних осужденных преступников были получены следующие эмпирические данные (табл. 1).

Таблица 1

Показатели психологических тестов у испытуемых в группах, ($M \pm m$)

Методика	Группа		t-критерий	p
	1-я	2-я		
Шкала социально-психологической адаптации (СПА)				
1. Адаптированность	136,2 ± 3,60	137,2 ± 4,20	0,252	
2. Деадаптированность	64,5 ± 3,58	58,2 ± 4,31	1,241	
3. Принятие себя	46,0 ± 2,34	48,3 ± 1,46	1,224	
4. Непринятие себя	9,0 ± 0,58	6,1 ± 1,22	2,331	≤ 0,05
5. Принятие других	22,5 ± 0,34	21,8 ± 0,67	0,670	
6. Непринятие других	15,5 ± 1,29	14,4 ± 1,43	0,806	
7. Эмоциональный комфорт	24,5 ± 0,69	24,3 ± 0,92	0,236	
8 Эмоциональный дискомфорт	13,6 ± 0,87	12,4 ± 0,69	0,878	
9. Ведомость	13,6 ± 1,22	17,0 ± 0,99	1,997	≤ 0,05
10. Эскапизм	11,8 ± 0,66	11,5 ± 0,75	0,403	
11. Доминирование	10,1 ± 1,34	10,9 ± 1,28	1,389	
12. Внутренний контроль	55,1 ± 2,46	54,1 ± 3,01	0,634	
13. Внешний контроль	17,3 ± 0,27	16,5 ± 0,44	0,442	
Методика исследования Я-концепции				
1. Общий уровень	60,8 ± 2,56	62,4 ± 2,04	0,718	
2. Поведение	10,4 ± 0,67	10,3 ± 0,76	0,312	
3. Интеллект	11,5 ± 0,02	11,5 ± 0,21	0,063	
4. Ситуация в школе	6,0 ± 0,75	5,5 ± 0,79	0,562	
5. Внешность	8,2 ± 1,02	7,9 ± 1,04	0,508	
6. Тревожность	3,2 ± 0,45	3,9 ± 0,61	1,706	
7. Общение	13,8 ± 0,34	14,8 ± 0,42	1,313	
8. Счастье	7,5 ± 0,54	7,8 ± 0,57	0,695	
9. Семья	6,6 ± 0,32	7,1 ± 0,23	1,825	
10. Уверенность в себе	13,9 ± 0,98	13,8 ± 1,02	0,265	
Опросник «Стиль саморегуляции поведения»				
1. Планирование	5,4 ± 0,87	6,0 ± 0,98	1,409	
2. Моделирование	6,0 ± 0,24	5,9 ± 0,26	0,306	
3. Программирование	6,0 ± 0,33	6,0 ± 0,31	0,224	
4. Оценка результатов	5,9 ± 0,54	5,8 ± 0,46	0,502	
5. Гибкость	7,0 ± 0,76	6,6 ± 0,65	1,197	
6. Самостоятельность	5,0 ± 0,21	5,2 ± 0,23	0,570	
7. Общий уровень саморегуляции	30,0 ± 1,34	30,7 ± 1,38	0,599	

Достоверно значимых различий между группами по примененным методикам не было. Однако 2-я группа демонстрирует более высокий уро-

вень неприятия себя ($p \leq 0,05$) и достоверно большую ведомость ($p \leq 0,05$). Возможно, данные подростки могли сталкиваться с неприятием со стороны сверстников, что и привело к формированию негативной самооценки и неприятию себя. Предоставленность самим себе, недостаточное внимание со стороны родителей могли сказаться на несформированности внутренней позиции и подверженности чужому влиянию.

Полученные на первом этапе данные потребовали дальнейшего анализа качества и характера взаимосвязей между переменными внутри выборок, для чего на втором этапе математической обработки был использован факторный анализ (рассматривались признаки с факторными весами от 0,5).

Таблица 2
Сводная таблица результатов факторного анализа

Фактор	1-я группа	Компонент	2-я группа	Фактор	
Дезадаптированность	0,944	Дезадаптированность	0,865	Дезадаптированность	
	0,865	Эмоциональный дискомфорт	0,788		
	0,856	Внешний контроль	0,821		
	0,853	Неприятие себя	0,541		
	0,672	Неприятие других	0,538		
	0,688	Эскапизм	0,853		
	0,600	Ведомость			
		Доминирование	-0,544		
	-0,750	Адаптированность	0,541		Внутренний контроль
	-0,701	Принятие себя	0,725		
	Внутренний контроль	0,762			
Я-концепция	0,908	Общий уровень самоотношения	0,759	Я-концепция	
	0,835	Уверенность в себе	0,693		
	0,828	Внешность	0,605		
	0,776	Счастье	0,849		
	0,763	Общение	0,805		
	0,664	Поведение	0,608		
	-0,623	Тревожность	-0,578		
	0,553	Интеллект	0,637		
0,724	Семья				
Саморегуляция	0,901	Общий уровень саморегуляции	0,896	Саморегуляция	
	0,655	Программирование	0,830		
	0,528	Планирование	0,877		
	0,728	Оценка результатов			
	0,687	Моделирование			
	0,515	Гибкость			

В обеих группах осужденных подростков дезадаптированность связана с эмоциональным дискомфортом, непринятием себя, стремлением к перекладыванию ответственности за события своей жизни на внешние обстоятельства и желанием «уйти» от самостоятельного принятия решений (фактор «Дезадаптированность»). Адаптированность в группе подростков из условно благополучных семей (1-я группа) связана с принятием себя и состоянием эмоционального комфорта. Для успешной адаптации подростков из 2-й группы необходимо также принятие себя и внутренний контроль (уверенность, что события жизни детерминируются личностью, поэтому она ответственна за их построение).

Я-концепция в представленных группах подростков включает в себя уровень самоотношения, уверенность в себе, самооценку своей внешности, поведения, популярности среди сверстников, интеллектуальных способностей, уровень эмоционального благополучия и удовлетворенности жизненной ситуацией. Интересно, что фактор «Я-концепция» подростков из 1-й группы не включил в себя оценку ситуации в школе. Это может быть связано с тем, что в момент смены местопребывания у них еще не сформирована достаточно устойчивая система отношения к школьной ситуации.

Подростки из 2-й группы имеют уже сформированное отношение к ситуации школьного обучения (параметр «ситуация в школе» включен в фактор «Я-концепции»). Однако в отличие от 1-й группы «Я-концепция» уже не включает самооценку своего положения в семье. Мы полагаем, что вынужденное дистанцирование от семьи (связанное с нахождением в колонии), а также появление других «значимых взрослых», оценивающих осужденного подростка, позволяют ощущать большую удовлетворенность жизнью независимо от эмоционального комфорта или дискомфорта в семье и детско-родительских отношениях. Таким образом, подростки 2-й группы, в отличие от подростков 1-й группы, более органично вписываются в условия колонии для несовершеннолетних и чувствуют себя там достаточно комфортно. Как показывают данные психологического интервьюирования, только в колонии некоторые подростки (по большей части, из 2-й группы) впервые стали регулярно питаться, спать в чистой постели и ощущать заботу о себе.

Саморегуляция осужденных подростков обеих групп связана с умением планировать свои действия, продумывать способы своего поведения и, в случае необходимости, корректировать его для достижения намеченных целей. Интересно, что между уровнем адаптации и способностью к саморегуляции деятельности значимой корреляции не обнаруживается.

Выводы

Таким образом, процесс социально-психологической адаптации осужденных подростков в условиях исправительной колонии для несовершеннолетних в целом протекает однонаправленно, независимо от наличия в семье осужденных родственников. Однако подростки из семей осужденных преступников имеют более низкий уровень принятия себя и большую ведомость, подверженность чужому влиянию.

При отсутствии достоверно значимых различий по уровню адаптированности и дезадаптированности в двух группах осужденных подростков структура взаимосвязей между исследуемыми переменными внутри групп имеет различие. Процесс адаптации осужденных подростков в условиях исправительных учреждений требует от них активизации и применения различных взаимосвязей между личностными особенностями. Важным условием эффективной поддержки процесса социально-психологической адаптации осужденных подростков на этапе их исправления становится учет этих особенностей, а также целенаправленная работа по развитию необходимых качеств личности подростка, необходимых для полноценной адаптации в обществе.

Литература

1. Реан А.А., Коломенский Я.А. Социальная педагогическая психология. – СПб. [и др.] : Питер, 1999. – 416 с.
2. Семке В.Я., Гусев С.И., Снегирева Г.Я. Пенитенциарная психология и психопатология : руководство : в 2 т. / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. – М. ; Томск ; Кемерово, 2007. – Т. 1. – 576 с. ; Т. 2. – 544 с.
3. Сушков И.Р., Макарова Ю.В. Личность преступника (социально-психологические аспекты). – Иваново : ИвГУ, 2006. – 262 с.
4. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека : в 3 т. [пер. с англ.]. – М. : Мир, 1990. – 366 с.
5. Douglas K., Chan G., Gelernter J. [et al.]. 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences on risk of antisocial personality disorder // *Psychiatr. Genet.* – 2011. – Vol. 21, N 5. – P. 240–248.
6. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. [et al.]. Moderating role of the MAOA genotype in antisocial behavior // *Br. J. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 200, N 2. – P. 116–123.

Cherenkova E.V., Gurevich K.G., Chukhrova M.G., Antonov A.R. Osobennosti social'no-psiologicheskoy adaptacii pdrostkov, sovershivshih pravonarusheniya, v zavisimosti ot nalichiya sredi blizkih rodstvennikov osuzhdennyh prestupnikov [Features of the socio-psychological adaptation of adolescents who committed offenses, depending on the presence among close relatives of convicted criminals]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 52. P. 139–148.

State Science Research State Science Research Institute of Physiology and
Fundamental Medicine, Siberian Division, Russian Academy of Medical Sciences
(Russia, Novosibirsk, Timakov st., 4);

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry
(Russia, Moscow, Delegatskaya st., 20/1);

Federal agency of education of Russian Federation Novosibirsk State Pedagogical
University (Russia, Novosibirsk, Vilujskaja st., 28)

Novosibirsk Center of Postgraduation Professional Education
(Russia, Novosibirsk, Nemirovich-Danchenko st., 126);

Cherepkova Elena Vladimirovna – Dr Med. Sci., senior researcher State Science Research State Science Research Institute of Physiology and Fundamental Medicine, Siberian Division, Russian Academy of Medical Sciences, (Russia, 630117, Novosibirsk, Timakov st., 4); e-mail: india06@mail.ru;

Gurevich Konstantin Georgievich – Dr Med. Sci. Prof., Head of Department of Head of Laboratory of A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (Russia, 127473, Moscow, Delegatskaya st., 20/1); e-mail: kgurevich@mail.ru;

Chukhrova Marina Gennadjevna – Dr Med. Sci., Professor, Department of Psychology of Novosibirsk State Pedagogical University (Russia, 630126, Novosibirsk, Vilujskaja st., 28); e-mail: mba3@sibmail.ru;

Antonov Aleksandr Rudolfovich – Dr Med. Sci. Prof., director Center of Postgraduation Professional Education, Novosibirsk (Russia, 630087, Novosibirsk, Nemirovich-Danchenko st., 126); e-mail: pathology@mail.ru.

The article examines the characteristics of the socio-psychological adaptation of adolescents who committed a wrongful act, and are in a juvenile detention, depending on the presence of close relatives (mother, father) of convicted criminals. Conducted psychological testing of two groups of convicts (58 teenagers – from formal affluent families and 41 of the teenager, whose father or mother had been convicted in the past or present for wrongful acts, at the age of 15 up to 17 years. shown that the socio-psychological adaptation of convicted juveniles generally flows unidirectionally, regardless of the presence of a family imprisoned relatives. adolescents from families of convicted criminals have lower levels of self-acceptance (at $p \leq 0.05$). teens 2nd group more fit perfectly in terms of juvenile detention, and feel quite comfortable there.

Keywords: clinical (medical) psychology, social and psychological adaptation, teens, offense, family circumstances.

References

1. Rean A.A., Kolomenskii Ya.A. Sotsial'naya pedagogicheskaya psikhologiya [Social educational psychology]. Sankt-Peterburg [et al.]. 1999. 416 p. (In Russ.)
2. Semke V.Ya., Gusev S.I., Snegireva G.Ya. Penitentsiarnaya psikhologiya i psikhopatologiya [Penitentiary psychology and psychopathology]. In 2 Vol. Eds.: T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets. Moskva : Tomsk : Kemerovo. 2007. Vol. 1. 576 p. ; Vol. 2. 544 p. (In Russ.)
3. Sushkov I.R., Makarova Yu.V. Lichnost' prestupnika (sotsial'no-psikhologicheskie aspekty) [Identity of the perpetrator (socio-psychological aspects)]. Ivanovo. 2006. 262 p. (In Russ.)

4. Fogel' F., Motul'ski A. Genetika cheloveka [Human genetics] [transl. Engl.]. Moskva. 1990. 366 p. (In Russ.)
5. Douglas K., Chan G., Gelernter J. [et al.]. 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences on risk of antisocial personality disorder. *Psychiatr. Genet.* 2011. Vol. 21, N 5. P. 240–248.
6. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. [et al.]. Moderating role of the MAOA genotype in antisocial behavior. *Br. J. Psychiatry.* 2012. Vol. 200, N 2. P. 116–123.

Received 06.09.2014.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

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

Уважаемые коллеги!

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

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

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

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

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

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

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

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 22.12.2014. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.

Объем 9,5 п. л. Заказ 7917.