

локуса контроля у пациентов с ноцицептивной и смешанной болью после проведения психокоррекционных занятий с использованием «Шлема виртуальной реальности», что позволяет сделать вывод об оптимизирующем влиянии данного метода на мотивационную сферу и соответствует имеющимся в литературе предположениям о психологических механизмах влияния высокотехнологичных средств виртуальной реальности на мотивацию.

Литература

1. Солоха, О. А. и др. Боль в спине: от диагностики к лечению // Медицинский совет. – 2020. – №2. – С. 34–42.
2. Зиновьева, О. Е. Патогенетическое лечение неспецифической боли в спине / О. Е. Зиновьева, А. Н. Баринов // Медицинский Совет. – 2018. – №9. – С. 25–28.
3. Данилов, А. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход / А. Б. Данилов, Ал. Б. Данилов. – М. : «АММ ПРЕСС», 2016. – 636 с.
4. Leemhuis, E. et al. Therapeutic Matrix: Virtual Reality as a Clinical Tool for Spinal Cord Injury-Induced Neuropathic Pain // Brain Sciences. – 2021. – V. 11 (9). – P. 1201.
5. Вець, И. В. Адаптация опросника «Вторичная выгода от болезни» // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2021. – № 4. – С. 130–151.
6. Воловик, М. Г. Технологии виртуальной реальности в комплексной медицинской реабилитации пациентов с ограниченными возможностями (обзор) / М. Г. Воловик, В. В. Борзиков, А. Н. Кузнецов, Д. И. Базаров, А. Г. Полякова // Современные технологии в медицине. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 173–182.
7. Stamm, O. Virtual reality in pain therapy: a requirements analysis for older adults with chronic back pain / O. Stamm, R. Dahms, U. Müller-Werdan // Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation. – 2020. – V. 17 (1). – P. 129.
8. Tejera, D. M. et al. Effects of Virtual Reality versus Exercise on Pain, Functional, Somatosensory and Psychosocial Outcomes in Patients with Non-specific Chronic Neck Pain: A Randomized Clinical Trial // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – V. 17 (16). – P. 5950.
9. Li, Z. et al. The Effect of Virtual Reality Training on Anticipatory Postural Adjustments in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Preliminary Study // Neural Plasticity. – 2021.
10. Волкова, Н. И. Шкалы и алгоритмы в общеврачебной практике / Н. И. Волкова, И. Ю. Давиденко, И. С. Джериева [и др.]. – Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2020. – 208 с.
11. Белова, А. Н. и др. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных сотрудников. – М. : Антидор. – 2002. – С. 440.
12. Котельникова, А. В. Виртуальная реальность в коррекции болевого синдрома у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника / А. В. Котельникова, И. В. Погонченкова, В. Д. Даминов, А. А. Кукшина, Н. И. Лазарева // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 2 (96). – С. 41–48.

РАЗДЕЛ 14. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ВЫЗОВЫ 21 ВЕКА

ДЕВИАЦИИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Авилов А.Ю.¹, Сапелкин С.В.², Бизюк А.П.³

¹ СПбМСИ, Санкт-Петербург, Россия

sasha.awilov2016@yandex.ru

²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

³ГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: гендерная идентичность, умственная отсталость, шизофрения.

DEVIATIONS OF GENDER IDENTITY AND SEXUALITY IN PERSONS WITH MENTAL PATHOLOGY

Avilov A.Yu.¹, Sapelkin S.V.², Bizyuk A.P.³

¹ SPbMSI, St. Petersburg, Russia

sasha.awilov2016@yandex.ru

² FSBI V.M. Bekhterev NRMC PN, St. Petersburg, Russia

³ FSBEI HE «Academician I.P. Pavlov First SPbSMU», St. Petersburg, Russia

Keywords: gender identity, mental retardation, schizophrenia.

Введение. В зарубежной и отечественной литературе не так много работ, раскрывающих значения аномалий гендерной идентичности в генезе психических расстройств. В середине XX века французский ученый Анри Эй [6], анализируя феноменологию шизофренических психозов, особо выделил сексуальные переживания, которые выражаются гомосексуальностью, афишируемым гермафродитизмом, садомазохистскими тенденциями, гротескными и жестокими эротическими фантазиями, карикатурным, вычурным сексуальным поведением. Незнанов Н.Г., Кацюбинский А.П., Мазо Г.Э. [5] предположили, что патология сексуального поведения и гендерной идентичности у больных шизофренией связаны с влиянием шизофренического процесса на нормальное половое и сексуальное развитие в динамике заболевания, принимающие вид паранойяльных и бредовых идей. Клиническая картина подобных расстройств содержит в себе явления интерпретативного бреда, бреда перевоплощения с полоролевым и сексуальным содержанием [4], а непрерывно текущей процесс охватывает всю структуру личности больного, формируя атипичную, шизофреническую половую идентичность [1]. Транссексуальные и гомосексуальные тенденции, обнаруживаемые у взрослых пациентов с расстройствами интеллектуального

развития, проявляются феноменологией качественно другого характера. Выдвинуто предположение, что особенности полового поведения таких людей зависят от характера недоразвития мозговых структур и от формы заболевания, по классификации Д.Н. Исаева [3].

Нами [1] экспериментально было доказано, что гендерное поведение при некоторых формах умственной отсталости проявляется у мужчин гомосексуальностью, кросс-дрейсингом, нарциссизмом с частичной гинефелией, идентификацией себя с женским полом. Известный российский психиатр А.О. Бухановский [2] под сходными с транссексуализмом состояниями помимо фетишистского трансвестизма, гомосексуализма, рассматривал также транссексуальную установку на смену пола при шизофрении. Последняя патология была рассмотрена автором лишь в форме отдельных клинических случаев. Мы в своем исследовании попытались рассмотреть более широко аспекты гендерной идентичности сходные с транссексуализмом при шизофрении и умственной отсталости.

Цель: описание и анализ сходных с транссексуализмом аспектов гендерной идентичности при шизофрении и умственной отсталости.

Задачи:

- дать характеристику гендерной идентичности и поведения при шизофрении и умственной отсталости;
- сравнить механизмы проявлений гендерной идентичности и поведения при указанных психических заболеваниях.

Материал и методы. В исследование приняли участие 80 больных от 21 до 42 лет, проживающих на территории одного из ПНИ Санкт-Петербурга. Из них 40 человек имели диагноз умственная отсталость (УО) и 40 человек диагноз шизофрения (Ш), все обследуемые - мужчины. Цели исследования достигались с помощью клинико-феноменологического метода и психодиагностической методики тематический апперцептивный тест (ТАТ), а также статистических процедур корреляционного, кластерного анализа, непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждения. Статистический анализ показал следующие результаты. В группе УО все испытуемые проявляли высокий интерес к сексу, гомосексуальное поведение присутствовало у значительной части испытуемых и проявлялось чаще, чем в группе Ш ($p = 0,000016$). Как гомосексуалов идентифицируют себя 82,4% испытуемых. Гомосексуальность в этой группе имеет эротический и чувственный компоненты, проявляясь романтическим поведением, таким как влюбленность, иерархия гендерных отношений, ревность. Данные корреляционного анализа показали, что гомосексуальность имеет положительную корреляцию с транссексуальными тенденциями ($r = 0,589923$) и идентификацией себя с персонажем другого пола ($r = 0,720998$).

Гомосексуальная проекция по результатам ТАТ значительно выше в группе УО ($p = 0,000205$). Гомосексуальная проекция имела выраженные положительные корреляции с транссексуальными тенденциями ($r = 0,723$) и предпочтением женской идентичности ($r = 0,825$). Встречающиеся в группе Ш гомосексуальные эпизоды и проекции не представляется возможным интерпретировать как истинную гомосексуальность, поскольку они имеют бредовой характер, присутствуют идеи сделанности сексуального (гомосексуального) влечения, фантазии искусственного полового акта «с неопределенным существом мужского пола» с искусственным половым членом. На вопросы в беседе или задания стимульного материала ТАТ больные из группы «Ш» дают вычурные ответы вульгарного сексуального, в том числе гомосексуального, содержания, интерпретируя картинки как грубый половой акт, сексуальное насилие или убийство. Для данной группы по сравнению группой УО характерны иные формы сексуальных предпочтений, такие как сексуальное удовлетворение с неодушевленными предметами (с куклами, нарисованными картинками сексуального содержания). Другие формы сексуальных предпочтений имеют положительную корреляцию с проявлением сексуальных перверсий ($r = 0,518$), транссексуальными тенденциями ($r = 0,531$). Гетеросексуальное половое влечение, преобладающее в группе Ш по сравнению с УО ($p = 0,035$) также включалось в сложную структуру бредовых идей.

Транссексуальные тенденции статистически значимо преобладали в группе больных УО ($p = 0,007$). Больные (87%) признавали желание родиться и жить в женском образе, фемининное гендерное поведение доминировало в быту и в оформлении внешности. Кросс-дрейсинговое поведение, преобладавшее в группе УО ($p = 0,036$) выражалось в стремление переодеться в женскую одежду, женское нижнее белье, колготки и обувь. В группе Ш данные феномены проявлялись вычурностью, атаксией, паралогическими явлениями. Стремлению принять женскую сущность придавали метафизическое значение, сопровождавшееся идеями двуполости, находящейся внутри женской сущности, постоянно себя проявляющей и причиняющей больному страдания.

Проведение иерархического кластерного анализа для характеристик группы УО и Ш показало, что группа УО, представлена двумя различающимися гроздьями: одна связана с адекватной идентификацией своего пола («гетеросексуальные предпочтения», «считает себя мужчиной» и «идентификация себя с героем своего пола» по ТАТ). Вторая гроздь полученного кластера, в свою очередь дифференцируется на связь «транссексуальных тенденций» с «кросс-дрейсингом», а также и на общий набор признаков нарушений полоролевой идентичности, упорядоченность которых отличается от результатов больных шизофренией. Здесь нам представляется картина естественной, сознательной гомосексуальности в группе УО.

Группа Ш представлена двумя гроздьями, одна из которых, включая нарциссизм и

мастурбацию, позволяет видеть эти два феномена как автономные от основных тенденций в этой группе и не влияющие на общую картину патологии. Вторая гроздь, полученная для группы Ш, являясь весьма разнородной, имеет иерархически разветвленную структуру, одним из ее ветвей является связка между «идентификацией с героем своего пола» и «взглядом на себя как на мужчину», что указывает на фактор адекватности гендерной идентичности или на относительную способность членов этой группы к подобной идентичности.

Выводы. При умственной отсталости у мужчин формируется гендерная идентичность, представленная гомосексуальностью, женственностью, транссексуальными тенденциями, сходными с типичными проявлениями паттернов при истинной гомосексуальности и транссексуализме, таких как половое влечение к лицам своего пола, желание иметь женские половые признаки, кросс-дрейсинг.

При шизофрении у мужчин гендерная идентичность представляют собой перверсии в виде метафизической интерпретации сексуальности и своей идентичности, удовлетворения полового влечения с неодушевленными предметами, бредовой интерпретацией гомосексуальных и транссексуальных тенденций. Истинной гомосексуальности и транссексуальных состояний, основанных на желании иметь в себе признаки другого пола и гомосексуальности, для данного заболевания не типичны.

Литература

1. Авилов А.Ю., Сапелкин С.В., Бизюк А.П. Общественно ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М.: Макс-пресс, 2022. с. 19-22.
2. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1994
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 384 с.
4. Матевосян С.Н. Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико – феноменологические особенности и лечебно - реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: ООО Медицинское информационное агентство. 2012. 393 с.
5. Незнанов Н.Г., Кацюбинский. А.П, Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. – СИМКБ. 2020. 904 с.
6. Эй А. Шизофрения. Киев.: Сфера. 1998. 388 с.

ФЕНОМЕН ОБЫДЕННОГО САДИЗМА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Атаджыкова Ю.А, Ениколопов С.Н.

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

at.julia@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: обыденный садизм, психопатия, темная триада, темная тетрада, психодиагностика.

THE PHENOMENON OF EVERYDAY SADISM: DIAGNOSTICS AND FUTURE RESEARCH

Atadzhykova Yu.A., Enikolopov S.N.

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

at.julia@gmail.com

enikolopov@mail.ru

Keywords: everyday sadism, psychopathy, dark triad, dark tetrad, diagnostics.

Понятие «обыденный садизм» берет начало в работах группы исследователей под руководством Д. Поульса [20], которые обозначили этим термином субклинический садизм – набор поведенческих, когнитивных и эмоционально-личностных характеристик, имеющих более мягкие формы манифестации по сравнению со своими клиническими эквивалентами (в категории расстройств личности и парафилий) и подразумевающий наличие у индивида мотивации к жестокости в качестве ведущей, или, другими словами, стремления причинить боль ради причинения боли самого по себе [23, 12]. Исследование садизма как субклинической единицы играет важную роль в области не только общей, но и клинической психологии, поскольку позволяет анализировать ряд релевантных негативных явлений, таких как буллинг, семейное насилие, самоповреждения и др. [14, 22].

Несмотря на то, что субклинический, или обыденный, садизм изучается в зарубежной психологии уже более десяти лет, и авторами этого понятия и другими исследователями был разработан ряд инструментов для измерения садистических черт в общей популяции, теоретический базис для всеобъемлющего понимания обыденного садизма до сих пор остается не исследованным [24]. Одна из наиболее популярных концептуализаций, существующих сегодня — это описание садизма как черты личности наряду с другими, во многом феноменологически сходными, чертами, такими как психопатия и нарциссизм. Последние два конструкта вместе с макиавеллизмом входят в «Темную триаду» личностных черт, исследование которой остается актуальным в отечественной и зарубежной психологии. Субклинические психопатия и садизм демонстрируют устойчивые связи с кругом феноменов, изучение которых представляется особенно актуальным не только в психологии, но и в смежных науках (социология, юриспруденция, криминология и др.). Согласно эмпирическим исследованиям, темные личностные черты связаны с такими явлениями, как черты «Большой Пятерки», антисоциальное поведение, черты эмоциональной холодности, различные формы агрессии, гендерная враждебность, из более современных – явление троллинга в интернете, а

также многие другие [13, 22, 26].

Не вызывает сомнения то, что психологические исследования теоретической основы различных видов агрессии, антисоциального поведения и других смежных конструктов, эмпирических связей этих явлений с эмоционально-личностными особенностями и поведением индивидов, а также оценки различного рода рисков и построение прогностических моделей не теряет своей актуальности в современном мире. Исследования показывают, что субклиническая психопатия и обыденный садизм имеют наиболее разнообразные и выраженные связи с различными аспектами проявления агрессии и антисоциального поведения, представляющие наибольшие риски для общества. Например, в отличие от индивидов с преобладающими нарциссическими или макиавеллистскими чертами, которые более склонны проявлять агрессию в ограниченном контексте, индивиды с садистическими и психопатическими чертами скорее рассматриваются как «агрессоры без повода» [23]. Так, психопатия является сильным предиктором криминального насилия и рецидивов совершения насильственных преступлений, что подтверждается не только на англоязычных выборках, но и в других популяциях [9, 25]. Обыденный садизм в свою очередь из всех темных черт оказался наиболее сильным предиктором троллинга в интернете [10], а также проявления агрессии без провокации при условии больших затрат и отсутствия значимой выгоды [12].

Тем не менее, в российской психологии исследования этих субклинических конструктов остаются ограниченными и часто изолированными друг от друга. Наиболее исследованным явлением представляется конструкт «Темной триады». В 2014 году Егорова с коллегами перевели и адаптировали для русскоязычной популяции методику диагностики и измерения темных черт, который за последующие годы подтвердил свою валидность и актуальность [4, 8]. К сожалению, исследования наиболее опасных темных черт – психопатии и обыденного садизма – более ограничены в силу недостаточности методического инструментария. Так, в настоящее время на русский язык переведена и апробирована на русскоязычной популяции только одна методика измерения психопатических черт – Триерархический опросник психопатии К. Патрика [18], в то время как в зарубежной науке существует большое разнообразие таких методик, которые включают как опросники, так и методы экспертной оценки и клинического интервью [15, 16, 27]. Триерархический опросник обнаружил достаточные психометрические показатели для использования в исследованиях, однако задача сбора нормативных данных для общей популяции остается актуальной [1]. Методик для оценки выраженности черты обыденного садизма в настоящее время не так много и в зарубежной психологии, однако и среди разработанных инструментов можно выделить как более структурно простые, так и более многоаспектные методики [11]. Более подробные

обзоры, посвященные феномену обыденного садизма и способам его диагностики, только начинают появляться в русскоязычном пространстве [2, 3].

Актуальность исследования темных черт личности, помимо их связей с релевантными для изучения параметрами в контексте общественной безопасности (такими, как антисоциальное поведение и проявления агрессии и враждебности) подтверждается интересом зарубежных и отечественных исследователей к их концептуализации в форме так называемой «Темной Тетрады» [17, 6]. Еще более 10 лет назад ряд авторов, изучающих черты «Темной триады», в связи с возрастающим интересом к феномену обыденного садизма и накоплением некоторых эмпирических данных, подняли вопрос о возможной инкорпорации черты обыденного садизма в концепт «Темной триады» личностных черт [13, 18]. Одной из важных целей теоретического исследования темных черт по отдельности, а также в совокупности, является концептуальное отделение каждого из конструктов от остальных. Актуальной проблемой является частичное совпадение обыденного садизма и психопатии, которое получило некоторое прояснение благодаря последней версии опросника обыденного садизма, включающего разные формы садизма (физический, вербальный и викарный) [17]. Особенно важным это различие предстает в свете того, что, хотя все темные черты имеют ряд общих корреляций (например, с агрессией), каждая из них может быть по-разному связана с конкретными проявлениями антисоциального поведения и другими феноменами в области девиантной психологии (например, при учете разных видов провокации, видов агрессии, эмоциональных реакций на различные стимулы и т.д.).

Исследование «Темной тетрады» как концептуального расширения [10, 17] «Темной триады» уже набирает популярность среди зарубежных исследователей, а в 2022 году одноименная методика была адаптирована русскоязычными авторами и обнаружила удовлетворительные психометрические показатели, а также соответствующую оригинальной методике внутреннюю структуру опросника [6]. Все эти исследования стимулируют дальнейшее изучение феномена темных черт личности на русскоязычных выборках.

Нами был выбран инструмент для оценки выраженности черты обыденного садизма, являющийся наиболее полным и охватывающим сразу три аспекта ее проявления - физический, вербальный и викарный – Всесторонняя оценка садистических черт [12]. Сравнение этой методики с другими англоязычными инструментами оценки обыденного садизма представлены в нашем последнем обзоре [2]. В настоящее время ВОСЧ переведен нами на русский язык, отредактирован с помощью метода обратного перевода и находится на этапе сбора данных для апробации. В исследовании также применяются классические методики для измерения релевантных исследуемому конструкту индивидуальных особенностей (таких, как эмпатия, агрессия, враждебность и др.), а также наиболее актуальные

русскоязычные методики инструменты [1, 6]. Основными целями такого исследования является подтверждение валидности новой методики измерения черты обыденного садизма, сбор нормативных данных для русскоязычной популяции для субклинической психопатии и обыденного садизма; изучение связей этих конструктов с релевантными параметрами; а также сбор дополнительных эмпирических данных для подтверждения внутренней структуры и валидности новейшего опросника – «Темной тетрады».

Литература

1. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Апробация методики диагностики психопатии К. Патрика на российской выборке. Психологическая наука и образование. 2015. Том 20. № 4. С. 75–85.
2. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Феномен обыденного садизма. Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2021. № 1. С. 3856.
3. Дериш Ф.В. Темная триада личности: обзор современных исследований. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2021. №2.
4. Егорова М.С., Ситникова М.А., Паршикова О.В. Адаптация Короткого опросника Темной триады. Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 43. С. 1.
5. Егорова, М.С., Паршикова, О.В., Ситникова, М.А. Половые различия по показателям Темной триады. Психологические исследования. 2015. 8(39).
6. Корниенко Д. С., Вязовкина В.К., Горностаев И.С. Адаптация и психометрическая проверка методики “Короткий опросник темной тетрады”. Психологический журнал. 2022. Т. 43. № 5. С. 87-98.
8. Корниенко Д.С., Дериш Ф.В., Психометрические характеристики "Короткого опросника Темной триады". Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2019. №4.
9. Bergström H., Farrington D.P. Psychopathic personality and criminal violence across the life-course in a prospective longitudinal study: Does psychopathic personality predict violence when controlling for other risk factors?, *Journal of Criminal Justice*, 2022.
10. Buckels E. E., Trapnell P. D., Paulhus D. L. Trolls just want to have fun. *Personality and Individual Differences*, 2014. 67, 97–102.
11. Buckels E. *The Psychology of Everyday Sadism*. Dissertation. 2018. University of British Columbia.
12. Buckels E., Jones D., & Paulhus D. Behavioral Confirmation of Everyday Sadism. *Psychological science*, 2013. 24.
13. Chabrol E., Van Leeuwen N., Rodgers R., Séjourné N. Contributions of Psychopathic, Narcissistic, Machiavellian and Sadistic Personality Traits to Juvenile Delinquency. *Personality and Individual Differences*, 2009. 47, 734-739.
14. Greitemeyer T., Sagioglou C. Predictors of nonsuicidal self-injury: The independent contribution of benign masochism and antisocial personality, *Personality and Individual Differences*, Volume 168, 2021.
15. Hare, R. D. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd edition. 2003. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
16. Patrick, C. J. Operationalizing the triarchic conceptualization of psychopathy: Preliminary description of brief scales for assessment of boldness, meanness, and disinhibition. Unpublished manuscript. 2010. University of Minnesota. Minneapolis, MN.
17. Johnson L. K., Plouffe R. A., Saklofske, D. H. Subclinical sadism and the Dark Triad: Should there be a “Dark Tetrad”? *Journal of Individual Differences*, 2019. 40, 127–133.
18. Patrick C.J., Fowles D.C., Krueger R.F. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*. 2009. Vol. 21. P. 913-938.
19. Paulhus D. L. Toward a Taxonomy of Dark Personalities. *Current Directions in Psychological Science*, 2014. 23(6), 421–426.
20. Paulhus D.L., Dutton D.G. Everyday sadism. The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology. In V. Zeigler-Hill & D. K. Marcus (Eds.). (pp. 109–120). 2016. American Psychological Association.
21. Pechorro P., Curtis S., DeLisi M., Maroco J., Nunes C. Dark Triad Psychopathy Outperforms Self-Control in Predicting Antisocial Outcomes: A Structural Equation Modeling Approach. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022. 12(6):549-562.
22. Pineda D., Galán M., Martínez-Martínez A., Campagne D.M., Piqueras J.A. Same Personality, New Ways to Abuse: How Dark Tetrad Personalities Are Connected With Cyber Intimate Partner Violence. *J Interpers*

Violence. 2022.

23. Reidy D.E., Zeichner A. & Seibert, L. Unprovoked Aggression: Effects of Psychopathic Traits and Sadism. *Journal of personality*, 2011. 79, 75-100.

24. Russell M. A Functional Perspective on Everyday Sadism. 2019.

25. Shagufta S. Psychopathy predicting violent criminal behaviour among adult offenders. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 2020. 14(1), 75–83.

26. Thomas L., Egan V. A systematic review and meta-analysis examining the relationship between everyday sadism and aggression: Can subclinical sadistic traits predict aggressive behaviour within the general population?, *Aggression and Violent Behavior*, 2022.

27. Tsang S, Salekin RT, Coffey CA, Cox J. A comparison of self-report measures of psychopathy among nonforensic samples using item response theory analyses. *Psychol Assess.* 2018 Mar;30(3):311-327.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ОДИНОЧЕСТВА И ТРЕВОЖНОСТЬ У СТУДЕНТОВ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Воробьева Е.В., Каркищенко В.М.

ФГАОУ ВО ЮФУ, Ростов-на-Дону, Россия

evorob@sfedu.ru

Ключевые слова: субъективное ощущение одиночества, тревожность, студенты.

SUBJECTIVE FEELING OF LONELY AND ANXIETY AMONG STUDENTS DURING PANDEMIC

Vorobyeva E.V., Karkishchenko V.M.

FSAEI HE SFU, Rostov-on-Don, Russia

evorob@sfedu.ru

Keywords: subjective feeling of loneliness, anxiety, students.

Введение. Главным параметром студенческого возраста является стремление отыскать свое место в мире, обрести свой круг близких людей и единомышленников. Если этого не случается, рождается чувство одиночества, выступающее как состояние, где сочетаются беспокойство по поводу реального или воображаемого отсутствия желательных социальных контактов и неопределенность, и, как следствие, тревожность и «уход» в себя. Ситуация пандемии COVID-19 оказала существенное влияние на психическое здоровье населения, способствовала усилению изоляции людей друг от друга, сопровождалась переходом вузов на дистанционный формат обучения, неформальные личностные контакты студентов между собой существенно сократились [14]. Под субъективным ощущением одиночества в работе понимается «один из психогенных факторов, влияющих на эмоциональное состояние человека, находящегося в измененных (непривычных) условиях изоляции от других людей»

[9]. Под тревожностью понимается «переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности» [11]. Уровень тревожности зависит от индивидуально-типологических особенностей, которые, в свою очередь, обусловлены влиянием наследственных факторов [4, 5]. В работе исследовалось предположение о том, что уровень субъективного ощущения одиночества у студентов ВУЗов в эпоху пандемии может быть взаимосвязан с уровнем ситуативной и личностной тревожности.

Материал и методы. В работе приняли участие 78 студентов, проживающих в г. Ростове-на-Дону, в возрасте 18-26 лет, 1-4 курсов различных высших учебных заведений (ЮФУ, ДГТУ, РИНХ) гуманитарных факультетов, 45 женщин, 33 мужчины. Использовались методики: Методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона [13], Опросник для определения вида одиночества [7], Опросник Спилбергера-Ханина на измерение тревожности [13], Личностная шкала проявления тревоги [13], Шкала тревоги Бека [2], Экспресс-диагностика склонности к немотивированной тревожности [1]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием IBM SPSS STATISTICS version 19.

Результаты и их обсуждение. Результаты по Методике субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона показали, что низкий уровень субъективного ощущения одиночества ($13,8 \pm 3,8$) выражен у 34 респондентов (44%), 22 респондента (28%) имеют средний уровень субъективного ощущения одиночества ($27,3 \pm 4,9$), 22 респондента (28%) имеют высокий уровень субъективного ощущения одиночества ($48,3 \pm 5,5$). По Опроснику для определения вида одиночества С. Г. Корчагиной получено, что средний уровень выраженности диффузного вида одиночества в нашей выборке составил $6,9 \pm 1,5$, отчуждающего вида одиночества $7,8 \pm 1,6$, диссоциированного вида одиночества $8,9 \pm 2,2$, состояния одиночества (без определения вида) $9 \pm 3,3$. Результаты оценки выраженности ситуативной тревожности по Опроснику Спилбергера-Ханина показали, что 50 респондентов (64%) имеют низкий уровень ($25,6 \pm 3,5$), 25 респондентов (32%) - средний уровень ($34,6 \pm 3,3$), 3 респондента (4%) - высокий уровень ($48,7 \pm 0,6$). Оценка выраженности личностной тревожности показала, что 62 респондента (79%) имеют высокий уровень ($55,2 \pm 7,1$), 14 респондентов (18%) - средний уровень ($39,6 \pm 4,8$), 2 респондента (3%) - низкий уровень (29 ± 0). Оценка проявления тревоги с применением шкалы Дж. Тейлора показала, что 11 респондентов (14%) имеют средний уровень личностной тревожности ($9,5 \pm 2,5$) с тенденцией к низкому, 29 респондентов (37%) имеют средний уровень личностной тревожности ($20,3 \pm 3,1$) с тенденцией к высокому, 30 респондентов (39%) имеют высокий уровень личностной тревожности

(30,2±3,7), 8 респондентов (10%) имеют очень высокий уровень личностной тревожности (43,5±0,5). В результате тестирования студентов по Шкале тревоги Бека получено, что 67 человек (86%) имеют низкий уровень тревоги (10,9±5,3), 11 человек (14%) имеют средний уровень тревоги (26,4±4,4). Оценка склонности к немотивированной тревожности с применением методики В. В. Бойко показала, что 42 человека (54%) имеют некоторую склонность к немотивированной тревожности (5,8±1,1), 36 человек (46%) не имеют склонности к немотивированной тревожности (3,1±1,3).

Проведенный корреляционный анализ по Спирмену показал наличие статистически достоверных взаимосвязей между показателем субъективного ощущения одиночества по методике Д. Рассела и М. Фергюсона и выраженностью ситуативной ($R=0,64$, $p<0,01$) и личностной ($R=0,81$, $p<0,01$) тревожности по методике Спилбергера-Ханина, и показателем по шкале тревоги Дж. Тейлора ($R=0,83$, $p<0,01$), и показателей по шкале тревоги Бека ($R=0,39$, $p<0,01$), и склонности к немотивированной тревожности по методике В. В. Бойко ($R=0,38$, $p<0,01$).

Полученные данные подтверждаются в работах других авторов. В работе Никифоровой С.А. выявлена взаимосвязь между субъективным ощущением одиночества и ситуативной и личностной тревожностью [10]. Прихожан А. М., Дубровина И. В. считают, что тревожность влияет на успешность обучения и налаживания социальных контактов [12]. Присутствие рядом других людей снижает интенсивность негативных эмоциональных состояний и уменьшает уровень тревоги. Отсутствие или недостаточность социальных связей может считаться возможной причиной развития стресса [6]. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. на основе своих исследований составили психологические особенности студента с высоким уровнем социальной тревожности: избегает социальной активности; застенчив во время выступлений; не стремится к совместной деятельности с сокурсниками; чувствует напряжение в ситуациях взаимодействия с малознакомыми людьми; не способен обратиться за поддержкой к преподавателям и одногруппникам; в компаниях молчалив; воспринимает критические замечания в свой адрес как неприятие [8]. Высокий уровень личностной тревожности у студентов сочетается с повышенной восприимчивостью и обидчивостью, что значительно затрудняет общение и влияет на эффективность этого общения, следовательно, на взаимоотношения с другими людьми [15]. Боднар Э.Л. и Шахматова Е.П. показали, что высокотревожные студенты испытывают трудности в общении с группой [3].

Выводы. Уровень субъективного ощущения одиночества у студентов ВУЗов разных направлений подготовки взаимосвязан с уровнем личностной и ситуативной тревожности. Более высокому уровню субъективного ощущения одиночества соответствует более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности.

Литература

1. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы. Психологический практикум. Красноярск: Литера-Принт, 2009. 237 с.
2. Бек А., Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. М.: ООО И.Д. Вильямс, 2006. 400 с.
3. Боднар Э.Л., Шахматова Е.П. Личностная тревожность и состояние одиночества как критерии вузовской адаптации студентов // Психолого-педагогические проблемы образования, 2015. С. 189-193.
4. Воробьева Е.В. Психогенетика. Учебник для ВУЗов. Ростов-на-Дону : Южный федеральный университет, 2014. 283 с.
5. Воробьева Е.В. Психогенетическое исследование личностных особенностей // Северо-кавказский психологический вестник. 2005. № 3. С. 13-19.
6. Карвасарский Б.Д., Бизюк А.П., Володин Н.Н. Клиническая психология. Учебник для вузов. Питер, 2019. С. 896.
7. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. 228 с.
8. Краснова В. В., Холмагорова А. Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация // Психологическая наука и образование, 2011. № 1. С. 1-10.
9. Краткий психологический словарь. Сост. Л. А. Карпенко / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. 431 с.
10. Никифорова С.А. Психотерапевтические возможности физической культуры и спорта в ситуации переживания проблемного одиночества // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум», 2019. С. 70-74.
11. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
12. Прихожан А.М., Дубровина И.В. Психология. М.: Академия, 1999. 461 с.
13. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
14. Сетянова, Е.Б., Воробьева Е.В. К вопросу о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения // Ананьевские чтения 2020. Психология служебной деятельности: достижения и перспективы развития. Материалы международной научной конференции. Санкт-Петербург: ООО "Скифия-принт", 2020. С. 1036-1037. <https://elibrary.ru/item.asp?id=44603748>
15. Уварова М.Ю., Кедрова Е.А. Исследование личностной тревожности и мотивации достижения у студентов-первокурсников // Известия Иркутского государственного университета. Серия: «Психология», 2014. Т. 8. С. 74 - 86.

НОВЫЕ ЗАДАЧИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ

Воробьева Н.В., Киреева И.Н., Риковская В.Б.

СПбГКУЗ ГПБ №3 им. И.И.Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, Россия

rik-veronika@yandex.ru

Ключевые слова: оказание психиатрической помощи, пандемия, психологическое консультирование родственников, выгорание специалистов.

NEW OBJECTIVES OF THE WORK OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL DURING THE PANDEMIC ERA

Vorobyeva N.V., Kireeva I.N., Rikovskaya V.B.

SPbSEHI I.I. Skvorcov-Stepanov CPH No.3, St. Petersburg, Russia

rik-veronika@yandex.ru

Keywords: providing psychiatric care, pandemic, psychological counseling of relatives, burnout in specialists.

В связи со сложностью, напряженностью и неопределенностью эпидемиологической ситуации, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции, и введением жестких карантинных ограничений, в марте 2020 года допуск родственников пациентов в нашу психиатрическую больницу, как и во многие учреждения здравоохранения, был прекращен. Многие стационары перепрофилировались на оказание помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией. Наша больница была также перепрофилирована на оказание помощи психиатрическим пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией, что повлекло изменение в работе всех отделений и структур больницы, существенно увеличив психологическую напряженность и уровень профессионального стресса всего персонала больницы. Наряду со сложившейся сложной ситуацией родственники пациентов, лишённые возможности посещения своих близких, очных бесед с лечащими врачами в отделениях и представителями администрации больницы, оказались в информационном вакууме, испытывали сильнейшую тревогу и значительное эмоциональное напряжение, остро нуждаясь как в информационной, так и в психологической поддержке. Как следствие, это провоцировало большое количество конфликтов и недопонимания между персоналом больницы и непосредственно родственниками и близкими находящимися в больнице пациентов. В эпоху пандемии даже кратковременное игнорирование или недостаточное внимание к вопросу профилактики и коррекции факторов психологической напряженности и профессионального стресса достаточно быстро может привести к эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации медицинских специалистов, поскольку к числу изначальных стресс-факторов добавляются дополнительные: угроза заражения. Резко возросшая рабочая нагрузка, требует постоянного поддержания мобилизационной готовности; противоречивость поступающей информации и административных указаний; существуют организационные проблемы и невозможность долгосрочного планирования, связанные с неопределенностью ситуации; отсутствие опыта, на который можно было бы опереться, и ясных прогнозов относительно улучшения ситуации.

Разрушаются привычные стереотипы поведения в рабочих ситуациях; недоступны стандартные способы совладания со стрессом, утрачены привычные источники удовольствия; социальные ресурсы. Требуется фактическая инструментальная помощь, за которой можно обратиться в стрессовой ситуации; и чем обширнее социальная поддержка, тем конструктивнее осуществляется переработка жизненных и рабочих стрессов [1, 3, 4, 5]. Одной из принятых к реализации мер для профилактики эмоционального выгорания у медицинского персонала было создание в марте 2020 года горячей телефонной линии для оказания кризисной помощи родственникам пациентов и привлечение к этой работе медицинских психологов [2]. Перед медицинскими психологами, работающими на телефоне «горячей линии», были поставлены следующие задачи: 1. информирование родственников пациентов по общим организационным вопросам (предоставление информации об условиях пребывания и внутреннем распорядке больницы, графике приема передач, об условиях взаимодействия с врачами и представителями администрации, о порядках предоставления психиатрической помощи, особенностях маршрутизации пациентов в условиях сложной эпидемиологической обстановки); 2. психологическая поддержка и психологическое консультирование родственников (помощь в преодолении ситуативной тревоги и эмоционального напряжения, связанных с диагностированием психического расстройства и с фактом госпитализации в закрытый психиатрический стационар, с распространением коронавирусной инфекции, а также с другими сложными жизненными ситуациями); 3. психообразование родственников (повышение их грамотности в вопросах психического здоровья, разъяснение особенностей протекания психических расстройств, работа, нацеленная на дестигматизацию, подготовка родственников к продуктивной беседе и конструктивному взаимодействию с врачом); 4. медиация (урегулирование проблемных ситуаций, работа с возражениями, предубеждениями и дисфункциональными установками родственников относительно психиатрического лечения, разрешение спорных и внештатных ситуаций, информационная подготовка врачей и сотрудников администрации к беседе с конфликтными родственниками). До момента снятия ограничений на посещение родственниками пациентов больницы ежедневно на телефон горячей линии поступало до 100 звонков. Все телефонные звонки фиксировались в ежедневном отчете, что позволило провести анализ проведенной работы и основные запросы родственников пациентов:

–42% от общего количества звонков – разрешение вопросов справочного характера;

–17% - психологическая поддержка и консультирование родственников пациентов;

–14% - психологическая поддержка и консультирование родственников пациентов, находящихся в другом городе;

–12% - разрешение конфликтных и проблемных ситуаций на уровне «горячей линии» и отделения;

–10% - осуществление экстренной связи «врач-родственник»;

–5% - информирование, поддержка и дальнейшая маршрутизация выписавшихся пациентов.

Привлечение медицинских психологов, имеющих опыт психокоррекционной и психообразовательной деятельности, к работе на телефоне «горячей линии» в нашем психиатрическом учреждении позволило обеспечить:

1. Повышение качества обслуживания и степени удовлетворенности пользователей психиатрической помощи предоставляемыми медицинскими услугами;
2. Доступную и оперативную связь родственников с представителями учреждения по широкому спектру вопросов, вне зависимости от места нахождения абонента;
3. Осуществление непосредственного предоставления информации, исходя из актуальных запросов, решение задач здесь и сейчас;
4. Осуществление дифференцированного подхода к решению проблемных вопросов с учетом степени их значимости и необходимой срочности реагирования;
5. Своевременное выявление возможного недовольства со стороны родственников, для предотвращения конфликтных ситуаций, их своевременного разрешения, для профилактики жалоб;
6. Повышение доступности психообразовательной работы с родственниками.

Привлечение такого мощного ресурса позволило перенаправить значительно усилившийся в условиях карантинных ограничений поток напряжения и недовольства у родственников на психологов, тем самым снизив уровень стрессовой нагрузки и риски эмоционального выгорания у врачей и других медицинских работников, задействованных в оказании помощи пациентам. Таким образом, можно говорить о том, что профессиональное сопровождение родственников психиатрических пациентов опытными медицинскими психологами позволило достичь следующих результатов: снизить нагрузку на медицинский персонал; повысить качество обслуживания и удовлетворенность пользователей психиатрической помощью; обеспечить доступность и оперативность связи родственников с врачами; помогать родственникам, исходя из их актуальных запросов, «здесь и сейчас»; дифференцировать подходы к решению проблемных вопросов с учетом степени их значимости и необходимой срочности реагирования; своевременно выявлять возможное недовольство у родственников, предотвращать конфликтные ситуации, профилируя жалобы, снижая их количество; предоставлять своевременно полученные от родственников сведения в структурные подразделения больницы; оптимизировать организацию взаимодействия врачей

с родственниками; обеспечить доступность психообразовательной работы с родственниками; расширить пространственно-временную, когнитивную и эмоционально-личностную зону восприятия родственниками сложившейся ситуации.

Литература

1. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией. Соц. и клин. психиатрия, 2007.-Т. 17.- Вып.1.- С.43-47.
2. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. А.Н.Моховиков под ред. и с предисловием В.Е.Кагана. – М.: Смысл, 2001. – 494с.
3. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. – 2015. – Т.2. – С.17-21.
4. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия. – М.: ЭксмоПресс, 2012. – 464 с.
5. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям.- М.: Алетейя, 2001.-216с.

ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ПРОКРАСТИНАЦИИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ВОСПРИЯТИЯ ПРОСТРАНСТВА

Гаврилова А.О.¹, Зверева М.В.²

¹ НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

Gawreks@gmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

art@mzvereva.ru

Ключевые слова: прокрастинация, восприятие, восприятие пространства, лень.

A PILOT STUDY OF THE RELATIONSHIP OF PROCRASTINATION WITH THE PECULIARITIES OF SPACE PERCEPTION

Gavrilova A.O.¹, Zvereva M.V.²

¹ NEPI HE MIP, Moscow, Russia

Gawreks@gmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

art@mzvereva.ru

Keywords: procrastination, perception, space perception, laziness.

Введение и постановка проблемы исследования. В современном быстро развивающемся мире темп жизни набирает обороты, перед человеком открываются не только новые возможности, но и новые задачи, которые необходимо решать, что делает навык планирования и организации своей деятельности особенно значимым для каждой личности. Продуктивность, многозадачность и успешность - такие требования ставит перед человеком общество. В поле

зрения психологов относительно недавно попал такой феномен как «прокрастинация». Прокрастинация – «систематическое несоблюдение человеком установленных им самим сроков реализации деятельности, сопровождаемое внутренним психологическим дискомфортом» [2, с. 129]. Постоянное саморазвитие, обучение и высокий уровень профессионального функционирования являются неотъемлемой частью интеграции личности в обществе, что делает вопрос изучения феномена «прокрастинация» важным для психологической науки.

Исследователи отмечают, что с увеличением темпа жизни возрастает и распространенность прокрастинации среди учащейся молодежи (Kachgal M. M. et al., 2001; Tibbett T.P., Ferrari J.R, 2014). Однако прокрастинация становится обыденным феноменом для поколения 25-35 лет, чего раньше не отмечалось [4]. Что делает изучение феномена актуальным и значимым в современном мире?

Большинство исследований показывает, что для прокрастинатора самым трудным является старт деятельности [5]. Исходя из этого, можно предположить, что люди, склонные к прокрастинации, обладают определенными чертами личности, а также особым образом воспринимают окружающее пространство и категорию времени, что в дальнейшем влияет на организацию работы и, собственно, может провоцировать прокрастинацию.

В своем исследовании мы опирались на философские работы профессора, доктора философских наук Джона Перри [3]. В одной из своих работ он выдвигает умозрительную гипотезу о том, что существует два типа организации, предпочитаемого типа работы в пространстве:

1. «Вертикалы» - тип людей, склонных к упорядоченному хранению документов и файлов в рабочем пространстве. «Сама идея вертикальной организации происходит от вертикальных шкафов для хранения документов... На самом деле способность использовать их по назначению и является отличительной чертой вертикально организованного человека».[3, с.66].

2. «Горизонталы» - тип людей, склонных к хаосу на рабочем месте. Рабочее пространство такого человека неупорядоченно, все нужные для работы материалы рассыпаны по рабочему месту (горизонтальным поверхностям) [3].

Для экспериментального исследования была взята эта гипотеза. Основное предположение: прокрастинаторы чаще отдадут предпочтение горизонтальной организации пространства. В данном случае восприятие рассматривается как первая операция в процессе организации пространства. Таким образом, настоящее пилотажное исследование является первым в череде работ по изучению аспекта «пространственная организация» в связи с феноменом «прокрастинация».

Материалы и методы. Методики исследования:

1. Опросник «Шкала академической прокрастинации» (PASS) в адаптации М.В Зверевой [1] - выбран для отбора респондентов с нужными характеристиками. Методика включает в себя 3 части: частота прокрастинации, причины прокрастинации (социальная тревожность, лень, вызов, плохой перфекционизм), личностные черты «прокрастинатора» (самоконтроль, импульсивность, организованность, избегание неудач).

2. Тест «Поиск слов» (авторская разработка). Методика состоит из 4-х прямоугольных таблиц (12x9 ячеек, в каждой из которых расположена буква). Задача испытуемого заключается в поиске слов «триггеров» (в таблицах представлены специально отобранные слова, связанные с такими процессами, как работа и обучение), расположенных по горизонтали и вертикали, в зашумленном пространстве. Время выполнения каждой таблицы ограничено (1 минута). Оценивается общее количество найденных слов, а также отдельно по их ориентации (вертикальной или горизонтальной).

Выборка. 34 респондента (мужчины и женщины). Возраст от 18 до 25 лет. Образование: высшее, неполное высшее.

Результаты. Ответы по опроснику «Шкала академической прокрастинации» (PASS) были обработаны в соответствии с ключом, предложенным автором. Для обработки теста «Поиск слов» были, отдельно для каждого респондента, посчитаны все слова найденные по вертикали и все слова найденные по горизонтали. Анализ данных проводился с помощью метода «непараметрическая корреляция Спирмена». Поиск корреляции проводился между показателями шкал второй и третьей части опросника «Шкала академической прокрастинации», и количеством слов, найденных по горизонтали и вертикали в тесте «Поиск слов».

Ниже представлены таблицы 1 и 2 с результатами проведенного анализа.

Таблица 1.

Описательные статистики для опросника PASS и методики «Поиск слов»

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение
«Шкала оценки прокрастинации PASS» (баллы)					
Частота прокрастинации	34	8	30	18,59	5,088
Социальная тревожность	34	1,0	4,2	1,926	0,7456
Лень	34	1,0	4,8	3,129	0,9559
Плохой перфекционизм	34	1,0	4,1	1,580	0,6340
Вызов	34	1,0	4,0	1,610	0,7838

Организованность	34	1,2	4,8	2,539	0,9429
Избегание неудач	34	1,7	4,7	3,417	0,7227
Импульсивность	34	1,0	4,3	2,490	1,0290
Самоконтроль	34	2,7	5,0	3,980	0,6458
«Поиск слов» (абс. количество слов)					
Горизонтально ориентированные слова	34	0	26	11,15	6,734
Вертикально ориентированные слова	34	0	19	9,41	4,398
Общее количество слов	34	4	37	20,26	7,790

Статистическая обработка данных для проверки гипотезы взаимосвязи между прокрастинацией и восприятием пространства проведена с использованием непараметрического критерия корреляции Спирмена. По ее результатам была выявлена отрицательная корреляция между следующими показателями:

1. «Лень» и «Импульсивность» с количеством найденных по вертикали слов.
2. «Вызов» с количеством найденных по горизонтали слов.

Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции между показателями опросника прокрастинации и характеристиками восприятия пространства

«Поиск слов» «Шкала PASS»	Горизонтальные	Вертикальные	Общее
Лень	-0,030	-,354*	-0,155
«Вызов»	-,405*	-0,091	-,351*
Импульсивность	-0,072	-,410*	-0,162

* - Уровень значимости 0.05

Резюме. Полученные корреляции позволяют говорить о наличии связи между особенностями восприятия пространства (предпочтение горизонтали или вертикали при поиске слов-триггеров в зашумленном поле) и личностными особенностями прокрастинаторов. «Лень» как причина прокрастинации отрицательно коррелирует с количеством найденных слов по вертикали, что позволяет предположить, что чем меньше человек испытывает лень, тем быстрее и легче он находит слова по вертикали. Ему легче сфокусироваться на задаче поиска слов. Такая же ситуация характерна и для другой черты личности - «импульсивность». Снижение импульсивности значимо увеличивает количество найденных слов по вертикали.

Стоит отметить, что российская культура принадлежит к европейскому типу написания текстов: по горизонтали и слева-направо, что дает вероятность базового превалирования горизонтального поиска слов при выполнении методики. Следовательно, поиск вертикальных слов в целом менее свойственен испытуемым и требует от них большей сосредоточенности. Фактор прокрастинации «Вызов» обратно коррелирует с нахождением слов по горизонтали. По данным зарубежных авторов «вызов» относится к типу «возбуждающих» типов прокрастинации, что позволяет предположить, что он, возможно, является продуктивным вариантом прокрастинации. Чем более ярко выражен вызов, тем меньше слов найдено по горизонтали, испытуемый больше сосредоточен на поиске слов вообще, но упускает понятные ему простые горизонтальные слова. Можно сказать, что косвенно подтверждается гипотеза о наличии связи между горизонтальной и вертикальной организацией пространства и прокрастинацией.

Для подтверждения полученных данных требуется расширение методического комплекса с добавлением классических методик, направленных на изучение восприятия пространства. Кроме того, необходимо добавить отдельную методику, направленную на выявление частоты прокрастинации у испытуемых. Полученные в пилотажном исследовании данные позволяют предложить дизайн следующего исследования с расширением методического комплекса и выборки, более детальной математической обработки.

Литература

1. Зверева М.В. Методические рекомендации. Шкала оценки академической прокрастинации PASS (Procrastination Assessment Scale for Students by L. Solomon & E. Rothblum). – М.: Сам Полиграфист, 2018 - 28с.
2. Курденко А.Н. Прокрастинация и лень: психологическое содержание понятий [Электронный ресурс] // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. 2019. No 1. С.129. URL: <http://pem.esrae.ru/pdf/2019/1/253.pdf> .
3. Перри Д. Искусство прокрастинации: как правильно тянуть время, лоботрясничать и откладывать на завтра. - М. : Ад Маргинем Пресс, 2017. - 128 с.
4. Старостина С. М., Воронцова Т. А. Выраженность прокрастинации и копинг-стратегии у взрослых в современном информационном обществе // Психология интегральной индивидуальности в информационном обществе. – 2021. – С. 149-155.
5. Sederlund, A. P., Burns, L. R., Rogers, W. "Multidimensional models of perfectionism and procrastination: Seeking determinants of both." International Journal of Environmental Research and Public Health 17.14 (2020): 5099.

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ ЮМОР КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ЧЕРНОГО ЮМОРА:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Говоров С.А.¹, Иванова Е.М.²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

stsgovorov@hotmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ivalenka13@gmail.com

Ключевые слова: суицидальный юмор, суицид, самоубийство, черный юмор.

**SUICIDE HUMOR AS A FORM OF DARK HUMOR: CLINICAL AND
PSYCHOLOGICAL ASPECTS**

Govorov S.A.¹, Ivanova E.M.²

¹ FSAEI NE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

stsgovorov@hotmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

ivalenka13@gmail.com

Keywords: suicide humor, suicide, dark humor.

Введение. В связи с активным развитием средств цифровой коммуникации особую озабоченность специалистов в области психического здоровья вызывают юмористические суицидальные мемы – одна из форм суицидального юмора, представляющая собой медиаобъекты, затрагивающие разные формы суицидального поведения, которые распространяются и трансформируются через Интернет большим количеством пользователей. Суицидогенность определенных форм упоминаний самоубийства в СМИ и культуре («эффект Вертера»), общественный резонанс вокруг суицидов подростков и их высокая активность в социальных сетях, обуславливают актуальность изучения суицидального юмора, традиционно выделяемого как раздел черного юмора.

Черный юмор. Бостонский «Словарь мировых литературных терминов» дает следующее определение черному юмору: «юмор, обнаруживающий предмет своей забавы в опрокидывании моральных ценностей, вызывающих мрачную усмешку» [5, с. 350]. Ряд исследователей схожим образом определяют его в первую очередь через взаимосвязь с социальными нормами [8, 11], однако и юмор в целом трактуется многими специалистами как игровое нарушение общественных запретов и предписаний [4], поэтому в этих подходах к

пониманию черного юмора его специфика относительно юмора общего недостаточно очерчена. Как правило, среди социальных норм выделяют этикет, моду, правила вежливости, традиции, нравы, ритуалы, табу и т.д., причем все они будут значительно отличаться друг от друга степенью наказания за их нарушение [6]. Табу представляет собой одни из самых строгих социальных норм, причем, зародившись как религиозные, они могут постепенно приобретать вторичную роль социального регулятора. Таким образом, черный юмор может быть выделен относительно юмора общего тем, что имеет дело с наиболее строгими социальными нормами и в первую очередь – нормами табу.

Необходимо отметить, что описание юмора как «нарушающего», «опрокидывающего» общественные устои представляется дискуссионным. Известно, что смеховое поведение может выполнять функцию не только нарушителя социальных норм, но и использоваться как наказание за их нарушение (осмеяние воров, юношей и девушек, не вступивших в брак в положенной срок и т.д.) [1], а комедиант может занимать как позицию радикала, так и консерватора [13]. Это позволяет поставить под сомнение концепцию юмора как «нарушителя» и сформулировать его функцию как осмысление социальных норм, рождающихся в диалектическом противостоянии старого и нового. Результатом этого осмысления может стать как движение в сторону прогресса и модернизации, так и сохранение status quo, или даже движение в сторону более традиционных форм социальных норм. Таким образом, может быть предложено следующее определение: черный юмор - юмор, предметом игры и забавы которого являются наиболее строгие из социальных норм (табу), что способствует их осмыслению. Его семантическое поле включает смерть, определенные виды сексуальных отношений (к примеру, инцест), болезнь, инвалидность, религиозную символику и т.д. – все те аспекты социальной жизни, при столкновении с которыми от члена общества требуется наиболее строго регламентированное поведение.

Суицидальный юмор. Суицидальный юмор представляет собой разновидность черного юмора, затрагивающего одну из самых табуированных тем - самоубийство. Суицидальное табу традиционно для христианской культуры, однако необходимо отметить, что нормы в отношении самоубийства функционируют не только как строгий запрет, но и как предписание. Социальные нормы, регулирующие суицидальное поведение в современном обществе, носят расщепленный и довольно противоречивый характер, что было отмечено классиком суицидологии Э. Дюркгеймом, выделявшим среди прочих эгоистический суицид, связанный со слабой интеграцией индивида с обществом и определяющийся нарушением социальных норм, и альтруистический суицид, связанный с повышенной интеграцией с обществом и определяющийся следованием социальным нормам, предписывающим суицидальное поведение как акт раскаяния, подвига, исполнения долга и т.д. [2]. Однако, реальные суициды

не всегда могут быть вписаны в рамки этих концепций – их оценка происходит по довольно противоречивой системе координат, которая включает такие оси как сила – слабость, подвиг – позор, протест – смирение, необходимость – прихоть, альтруизм – эгоизм, истинность – демонстративность, спасение ближнего – его наказание и т.д. Учитывая способность юмора совмещать когнитивные схемы, находящиеся в оппозиции друг к другу, а также то, что юмор представляет собой не отношение индивида к миру вокруг, а рефлексию этого отношения, которое не укладывается в однозначные категории “хорошо/плохо” [3], суицидальный юмор может рассматриваться как инструмент осмысления табу на самоубийство, который среди прочих формулирует следующие вопросы «Что такое суицид? Как к нему нужно относиться? В каких случаях он запрещен/предписан?».

Обращаясь к эмпирическим исследованиям суицидального юмора на материале Интернет-мемов, можно отметить, что мнения специалистов относительно его влияния на психическое здоровье интернет-пользователей расходятся. Среди негативных последствий отмечаются формирование суицидальной идеации, нанесение самоповреждений по принципу подражания [9, 12]. Также высказывается и противоположное мнение: подобные мемы повышают настроение и создают чувство общности у людей с симптомами депрессии [10]. Однако, положительный эффект наблюдается лишь в краткосрочной перспективе - их частый просмотр блокирует формирование более конструктивных копинг-стратегий [7].

Необходимо отметить ряд ограничений, присутствующих в существующих на данный момент исследованиях суицидальных мемов. Во-первых, юмористические и неюмористические мемы не всегда четко дифференцированы, что является принципиальным моментом для изучения суицидального юмора. Во-вторых, большинство исследований были проведены на условно здоровых респондентах. Наличие того или иного психического расстройства, а также присутствие суицидальных попыток в анамнезе либо не контролировалось, либо их количество в общей выборке было недостаточным для выявления статистически значимых результатов, что обуславливает актуальность дальнейших исследований роли суицидальных мемов на клинической выборке. В-третьих, остается открытым вопрос о различиях в восприятии суицидальных мемов в разных возрастных группах. Внимание специалистов в этой области сфокусировано преимущественно на подростках и молодых людях.

Заключение. Одним из вызовов XXI века, стоящих перед специалистами в области психического здоровья, является изучение различных форм коммуникаций в Интернете, среди которых суицидальный юмор вызывает особое внимание и озабоченность общества. Его негативная репутация, вероятно, связана с тем, что зачастую он воспринимается как гомогенное явление (хотя суицидальные шутки могут значительно отличаться друг от друга

по содержанию) и трактуется исключительно как символическое нарушение суицидального запрета. Однако, принимая во внимание расщепленный характер табу, можно утверждать, что он одновременно ставит под сомнение и суицидальное предписание (что в свою очередь можно трактовать как антисуицидальный фактор). Дальнейшее изучение суицидального юмора как сложного, комплексного явления, роль которого не может быть сведена исключительно к самоуничижительной функции и суицидогенности, представляет значительный интерес для специалистов. Практическое значение определяется возможностью его использования для разработки методов, позволяющих проводить более дифференцированную диагностику, чем простое указание на присутствие суицидальной идеации, определяемое по склонности больного к суицидальному юмору; а также выявлением условий и критериев, в рамках которых он может быть применим в психотерапии и психологическом просвещении. Особенно важную практическую ценность приобретают клинические исследования суицидального юмора, которые на данный момент представлены крайне ограниченно.

Литература

1. Артемова Ю.А. Ипостаси смеха. Ритуал, традиция, юмор. Издательство: Смысл, 2015, 240 стр.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство, Москва: Издательство АСТ, 2022 – 512 стр.
3. Козинцев А.Г. Разнонаправленное двуголосое слово: эстетика и семиотика юмора, Антропологический форум, 2013, № 18, стр. 143-162, EDN RDTBIV
4. Козинцев А.Г. Смех: истоки и функции. Наука, 2002 - Laughter - 220 стр.
5. Словарь мировых литературоведческих терминов. Бостон, 1979. 450 стр.
6. Тирских, М. Г. Стереотипизация социального поведения: правовые и иные социальные регуляторы общественных отношений / М. Г. Тирских, Л. Ю. Черняк // Академический юридический журнал. – 2009. – № 3(37). – стр. 4-11. – EDN KTNKEN.
7. Файнтух Е.Д., Холмогорова А.Б. Коммуникация на тему депрессии в Интернете - фактор психопатологии или ресурс для психотерапии? // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 1. – стр. 44
8. Aillaud, M. & Piolat, Annie. (2013). Compréhension et appréciation de l'humour : approche cognitivo-émotionnelle. *Psychologie Française*. 58. 255–275. 10.1016/j.psfr.2013.04.001.
9. Akil A. M., Ujhelyi A., Logemann H. N. A. Exposure to Depression Memes on Social Media Increases Depressive Mood and It Is Moderated by Self-Regulation: Evidence From Self-Report and Resting EEG Assessments. *Front Psychol*. 2022 Jun 29;13:880065. doi: 10.3389/fpsyg.2022.880065. PMID: 35846661; PMCID: PMC9278136.
10. Akram U., Drabble J., Cau G., Hershaw F., Rajenthiran A, Lowe M., Trommelen C., Ellis J.G Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes in depression // *Scientific Reports*. – 2020. – Vol. 10. – P. 899.
11. Brigaud E, Blanc N. When Dark Humor and Moral Judgment Meet in Sacrificial Dilemmas: Preliminary Evidence With Females. *Eur J Psychol*. 2021 Nov 30;17(4):276-287. doi: 10.5964/ejop.2417
12. Jadayel, E. H., Medlej, K., and Jadayel, J. J. (2018). Mental disorders: a glamorous attraction on social media? *International Journal of Teaching & Education*, 7.465-476.
13. Paton C. The comedian as a portrayer of social morality // *Humor in society: Resistance and control* / C. Powell (Ed.). L.: Macmillan, 1988. P. 206 – 233

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Давыдова А.М.

БУ ВО СурГУ, Сургут, Россия

kam05@bk.ru

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, профессиональный стресс, пандемия, covid-19

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE SYNDROME OF PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL WORKERS DURING THE PANDEMIC

Davydova A.M.

BI HE SurSU, Surgut, Russia

kam05@bk.ru

Keywords: professional burnout syndrome, occupational stress, pandemic, covid-19.

Введение. Под синдромом профессионального выгорания понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала, оказывающий влияние на физическое и психическое здоровье специалиста [1]. Актуальность и научная новизна проблемы обусловлена тем, что профессиональная деятельность медицинских работников протекает в особых условиях и характеризуется воздействием значительного числа стрессогенных факторов, воздействие которых может приводить к снижению эффективности выполнения деятельности, профессиональному выгоранию и психосоматическим нарушениям, что приобретает особую значимость в условиях пандемии коронавируса. Согласно отечественным и международным данным высокий уровень нагрузки и угрозы заражения значительно повышают риск профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации в форме симптомов депрессии, тревоги и эмоционального дистресса у медицинских работников во время пандемии [2,3]. В связи с этим важно своевременно диагностировать психологические последствия пандемии для медицинских работников с целью выявления проблем, которые требуют психологического сопровождения.

Цель данного исследования- изучить взаимосвязи между уровнем стресса, эмоциональной нестабильностью и профессиональным выгоранием у медицинских работников, работающих в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. В связи с поставленной целью было организовано исследование психологических особенностей синдрома профессионального выгорания у медицинских работников лечебных учреждений г.Сургута, оказывающих медицинскую помощь пациентам в «красной зоне». Всего в исследовании приняли участие 26 человек. Группу 1 составили 13 человек среднего медицинского персонала (медсестры) в возрасте от 20 до 62 лет и со стажем от 2 до 45 лет. Группу 2 составили 13 человек старшего медицинского персонала (врачи разного профиля) в возрасте от 28 до 61 года и стажем от 5 до 38 лет. Диагностическиметодики: 1. методика диагностики профессионального выгорания К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой; 2. шкала профессионального стресса Д. Фонтана; 3. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС); 5. Методика дифференцированной оценки состояний сниженной работоспособности» (ДОРС) разработанная А. Б. Леоновой и С. Б. Величковой; 6. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (шкала эмоциональная нестабильность).

Результаты исследования. Были получены высокие показатели эмоциональной нестабильности, в особенности у старшего медицинского персонала; умеренный уровень профессионального стресса в обеих группах; преобладающий средний уровень профессионального выгорания, как у старшего, так и у среднего медицинского персонала; сильно повышенный уровень дистресса и соматизации, а также выраженный уровень напряжения у старшего медицинского персонала.

Следующим этапом количественного анализа данных было сравнение показателей проведенных методик в группах медицинских сестер и в группе врачей. Расчет критерия Манна-Уитни позволил выявить семь параметров, имеющих значимые различия (при $p \leq 0,05$). В подгруппе врачей оказался выше уровень эмоционального истощения, деперсонализации, редукции персональных достижений, профессионального стресса, соматизации, депрессии и эмоциональной нестабильности, чем в подгруппе медицинских сестер. Для установления статистических корреляций между исследуемыми компонентами была осуществлена математическая обработка данных методом факторного анализа. Результаты факторного анализа свидетельствуют, что в подгруппе медсестер выделяются следующие факторы:

1. Эмоциональная неустойчивость;
2. Компоненты профессионального выгорания;
3. Эмоциональная дезадаптация.

Первый фактор состоит из таких компонентов как эмоциональная стабильность (-0,962), эмоциональная нестабильность (0,962), профессиональный стресс (0,530) и эмоциональное истощение (0,725). При этом констатируется обратная корреляция с «эмоциональной стабильностью». Для медицинских сестер характерны сниженный эмоциональный тонус,

утрата интереса к окружающему, равнодушие. Они испытывают дискомфорт на рабочем месте в силу стрессогенных условий профессиональной среды. Также отмечается низкая толерантность по отношению к фрустрации, раздражительность и утомляемость. В условиях пандемии наблюдаются чрезмерные нагрузки, эмоциональная устойчивость нарушается, что способствует развитию профессионального стресса, эмоционального истощения и эмоциональной нестабильности. Второй фактор включает в себя следующие компоненты: редукция персональных достижений (-0,777), деперсонализация (0,850). Медицинские сестры дистанцируются, обесценивают межличностные контакты, наблюдается поверхностная утрата эмоционального компонента общения. Стоит отметить, что получена обратная корреляционная связь с редукцией персональных достижений. Медицинские сестры стараются не упрощать свои профессиональные задачи и обязанности, несмотря на стрессогенность профессиональной среды в период пандемии. Третий фактор состоит из таких компонентов как соматизация (0,660) и депрессия (0,665). Для анализируемой подгруппы свойственно пониженное настроение, чувство страха, чувство безысходности, чрезмерная мнительность. При этом испытуемые отмечают у себя расстройства сна, головные боли, учащенное сердцебиение. Важно упомянуть, что соматизация может выступать как механизм психологической защиты.

В подгруппе врачей выделяются следующие факторы:

1. Эмоциональная неустойчивость;
2. Межличностное дистанцирование;
3. Эмоциональная дезадаптация.

Первый фактор совпадает с фактором, выделенным в подгруппе медицинских сестер, и состоит из таких компонентов как эмоциональная стабильность (-0,706), эмоциональная нестабильность (0,706), профессиональный стресс (0,868) и эмоциональное истощение (0,769). Подгруппа врачей отмечает в связи с условиями пандемии сниженный эмоциональный тонус, эмоциональное перенасыщение, импульсивность, также возможные вспышки гнева и агрессии. Второй фактор включает в себя следующие компоненты: редукция персональных достижений (-0,782), деперсонализация (0,631) и дистресс (-0,738). При этом констатируется обратная корреляционная связь с редукцией персональных достижений и дистрессом, т.е. чем выше уровень деперсонализации (отстраненности от межличностных контактов), тем ниже уровень редукции персональных достижений (обесценивание профессиональных достижений и успехов) и дистресса. Врачи оценивают свои профессиональные достижения и успехи по достоинству, не уменьшают обязанности и профессиональные задачи. Необходимо отметить, что деперсонализация может являться механизмом психологической защитой от психогенных факторов профессиональной среды в период пандемии. Таким образом врачи не растрачивают

психические и энергетические ресурсы. Третий фактор состоит из таких компонентов как: депрессия (0,663) и соматизация (0,773). Данный фактор совпадает с аналогичным фактором в подгруппе медицинских сестер.

Таким образом, результаты показали, что первый (эмоциональная неустойчивость) и третий (эмоциональная дезадаптация) факторы совпадают у среднего и старшего медицинского персонала. Средний и старший медицинский персонал переживают симптомы депрессии, эмоциональную нестабильность, утрату интереса к окружающему, равнодушие, а также соматизацию. В группе врачей эти симптомы проявляются более выражено в силу более сложной профессиональной деятельности, которые работали в «красной зоне» одновременно нескольких лечебных учреждений. Также в ходе исследования была обнаружена корреляционная связь между компонентом профессионального выгорания (эмоциональное истощение) и личностной характеристикой «эмоциональная нестабильность» как у среднего медицинского персонала, так и у старшего. Результаты исследования показывают достаточно высокую распространенность профессионального стресса, многочисленные соматические жалобы, а также распространенность синдрома профессионального выгорания среди медицинских работников в период пандемии. Полученные результаты могут быть использованы специалистами помогающих профессий при разработке программ по профилактике и коррекции профессионального выгорания.

Литература

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова – СПб.: Питер, 2008. -336 с.
2. Первичко Е.И., Конюховская Ю.Е. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований /Е.И.Первичко, Ю.Е.Конюховская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология – 2020. – том 11, № 3. – С. 595-608.
3. Холмогорова А.Б. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным Covid-19 на разных этапах пандемии / А.Б. Холмогорова, С.С. Петриков // Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care – 2020 – № 3. – С. 321 – 33.

ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

Карасева Е.А., Шаповалова В.Г.

ФГБОУ ВО ТвГУ, Тверь, Россия

kea12@mail.ru

shapovalova_lera9@mail.ru

Ключевые слова: инструментальное самоповреждающее поведение, соматическое самоповреждающее поведение, намерение (желание) наносить самоповреждения, подростки с

суицидальным риском.

FEATURES OF INSTRUMENTAL AND SOMATIC SELF-INJURIOUS BEHAVIOR OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL RISK

Karaseva E.A., Shapovalova V.G.

FSBI HE TvSU, Tver, Russia

kea12@mail.ru

shapovalova_lera9@mail.ru

Keywords: instrumental self-harming behavior, somatic self-harming behavior, the intention (desire) to inflict self-harm, adolescents with suicidal risk.

Проблема самоповреждающего поведения является одной из наиболее социально значимых в клинической психологии. Согласно статистическим данным, пик самоповреждающего поведения приходится на подростковый возраст (от 13 до 18 лет) [1, 9]. Принято считать, что акты самоповреждающего поведения не направлены на прекращение жизнедеятельности, что и отличает их от суицидального поведения. Однако, в клинической практике самоповреждения могут быть как ассоциированы с суицидальным поведением, так и встречаться в качестве относительно автономного феномена, существующего вне суицидального контекста [7, 9]. Дифференциальным признаком между самоповреждающим и суицидальным поведением является намерение индивида по отношению к реализуемым действиям. Намерение совершить суицидальную попытку находит свое выражение в реализации действий и особенностях поведения индивида, направленных на прекращение жизнедеятельности. Намерение совершить самоповреждающее поведение проявляется в желании индивида нанести повреждение конкретных участков тела для достижения какого-либо иного результата: получить внимание от окружающих, «выйти» из диссоциативного состояния и т.д. Однако, следует учитывать факт влияния различных факторов на действия субъекта, посредством которых снижается его способность в полной мере осознавать фактический характер и опасность своих действий либо руководить ими, что может привести к летальному исходу по причине легкомыслия, небрежности. Мы предполагаем, что намерение (желание) наносить самоповреждения состоит из следующих элементов: сила/интенсивность мыслей о нанесении самоповреждений, сила намерения (желания) наносить самоповреждения, личная (субъективная) необходимость нанесения самоповреждений, психологическая/моральная готовность к нанесению самоповреждений.

Анализ информационных источников (статьи в периодических изданиях, сети Internet)

свидетельствует об увеличении исследований, посвященных проблеме самоповреждающего поведения, что указывает на рост внимания исследователей к изучению этой темы, однако данный феномен до сих пор остается малоизученным. На данный момент выявляется недостаточно исследований, направленных на изучение специфики преобладающего инструментального или соматического самоповреждающего поведения, как следствие неконструктивного переживания индивидом проблемной ситуации.

Таким образом, высокая распространённость и клиническая значимость самоповреждающего поведения среди подростков в сочетании с постепенно увеличивающимся суицидальным риском демонстрируют необходимость исследования особенностей разных форм самоповреждающего поведения (инструментальной и соматической) у подростков с суицидальным риском. Получение данных сведений необходимо для определения эффективных психотерапевтических мишеней при построении действенных программ коррекции самоповреждающего поведения в подростковом возрасте.

Необходимо отметить, что самоповреждающее поведение рассматривается некоторыми исследователями как вариация неадаптивных форм копинг-стратегий (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, А.А. Зайченко и др.) [2, 4, 6, 8]. Существует иная точка зрения, согласно которой самоповреждающее поведение рассматривается как аутоагрессивное поведение индивида, направленное на нанесение вреда собственному телу, без суицидальных тенденций (Н.А. Добровидова, Н.А. Польская, Е.Н. Чуева и др.) [5, 7, 9]. В нашей работе мы придерживаемся данной точки зрения, т.е. самоповреждающее поведение представляет собой нетипичное поведение индивида, нарушающим психосоциальную адаптацию личности, несущее в себе угрозу общественной стабильности. Первоначальный смысл применяемых копинг-стратегий заключается в совладании, разрешении стрессовой ситуации без разрушающего/деструктивного компонента [3]. Важное значение при дифференциации данных подходов имеет временной фактор. Единоразовое/редкое применение самоповреждающего поведения с последующим возвратом индивида к использованию проблемно-ориентированных вариантов копинг-стратегий позволяет рассматривать самоповреждающее поведение как вариант относительно адаптивной копинг-стратегии (данный поведенческий паттерн не является устойчивой, стабильной моделью поведения). Частое/постоянное применение самоповреждающего поведения стимулирует генерализацию данных действий, которые постепенно приобретают характер универсального ответа на неспецифический стресс, т.е. хронифицируются, прочно входят в поведенческий репертуар несовершеннолетних. В данном случае самоповреждающее поведение следует рассматривать как аутоагрессивное, деструктивное поведение индивида. Таким образом, самоповреждающее поведение больше относится к отклоняющему поведению, чем к совладающему, т.к.

представляет собой явное социальное отклонение: фокус внимания подростка направлен на удовлетворение потребности в нанесении самоповреждений, приобретающих строение влечений. Соответственно, использование неадаптивных копинг-стратегий подростком с самоповреждающим поведением может привести к усилению актов самоповреждающего поведения.

Цель работы заключается в исследовании особенностей инструментального и соматического самоповреждающего поведения у подростков с суицидальным риском.

Методы и методики исследования:

1. Анализ медицинской документации.
2. Клинико-психологическая беседа.
3. Метод шкалирования.
4. Авторская анкета «Отношение к самоповреждающему поведению» (Карасева Е.А., Шаповалова В.Г.).
5. Комплекс психодиагностических методик: Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской., 2014; «Карта риска суицида» Л.Б. Шнейдер; Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хейма.

Выборку составили 30 подростков в возрасте от 13 до 18 лет. У всех респондентов регистрируются акты самоповреждения. У 15 респондентов преобладает инструментальное самоповреждающее поведение (1-я экспериментальная группа), у остальных (15 человек) – соматическое самоповреждающее поведение (2-я экспериментальная группа). Выборку респондентов 2-х групп составили 13 девушек (87%), двое юношей (13%).

База эмпирического исследования: Центр суицидальной превенции ГБУЗ ОКПНД Тверской области.

Результаты исследования. С помощью методики «Шкала причин самоповреждающего поведения» Н.А. Польской были получены результаты, на основании анализа которых, общая выборка была разделена на 2 группы: 1-я группа подростков, у которых доминирует инструментальное самоповреждающее поведение; 2-я группа подростков, у которых преобладает соматическая форма самоповреждающего поведения (в качестве основания для выделения групп выступало преобладание конкретной формы самоповреждающего поведения).

В ходе анкетирования было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением относятся к самоповреждающему поведению, как естественному, привычному поведению. Они демонстрируют безразличное отношение к возникающим мыслям о нанесении самоповреждений, иногда могут отследить мысли, провоцирующие намерение (желание) наносить самоповреждения, и практически не

испытывают негативных эмоций после реализации актов самоповреждений. Подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением чаще испытывают негативное отношение к возникающим мыслям о нанесении самоповреждений, могут отследить мысли, провоцирующие намерение (желание) наносить самоповреждения, а также испытывают широкий спектр отрицательных эмоций после реализации самоповреждающего поведения. Следует отметить наличие намерения (желания) прекратить/сократить использование самоповреждений у подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением.

С помощью метода шкалирования было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением демонстрируют высокие показатели: по интенсивности возникающих мыслей о нанесении самоповреждений ($Mx=8,7$; $max=10$); силе намерения наносить самоповреждения ($Mx=8,7$; $max=10$); личной «необходимости» самоповреждений ($Mx=8,9$; $max=10$) и готовности к реализации самоповреждающего поведения ($Mx=8,9$; $max=10$). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением выявляются средние показатели по интенсивности возникающих мыслей о нанесении самоповреждений ($Mx=5,1$; $max=10$); силе намерения наносить самоповреждения ($Mx=5,3$; $max=10$); личной «необходимости» самоповреждений ($Mx=5,8$; $max=10$) и готовности к реализации самоповреждающего поведения ($Mx=4,3$; $max=10$). Следовательно, подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением имеют выраженное намерение (желание) наносить самоповреждающее поведение, а подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением обладают умеренным намерением (желанием) наносить самоповреждения.

С помощью методики «Карта риска суицида» (модификация для подростков Шнейдер Л.Б.) было установлено, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением регистрируется значительный уровень суицидального риска ($Mx=31,3$ балл; $max=45$ баллов). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением регистрируется незначительный уровень суицидального риска ($Mx=6,1$ баллов; $max=45$ баллов).

Также была определена адаптивность копинг-стратегий на трех уровнях переработки стрессового события (эмоциональный, поведенческий и когнитивный) у подростков с преобладающим инструментальным и соматическим самоповреждающим поведением. Было установлено, что большинство подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением используют неадаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 12 человек (80%); на эмоциональном и поведенческом уровнях – по 14

человек (94%). Меньшее количество подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением используют относительно адаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 3 респондента (20%); на эмоциональном и поведенческом уровнях – по 1 респондент (6%). Адаптивные копинг-стратегии никто не применяет. Подростки с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением чаще используют неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном уровне (11 человек, 73%) и на эмоциональном уровне (9 человек, 60%); на поведенческом уровне преобладают относительно адаптивные копинг-стратегии (8 человек, 53%). Меньшее количество подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением используют относительно адаптивные копинг-стратегии: на когнитивном уровне – 3 подростка (20%), на эмоциональном уровне – 6 подростков (40%); на поведенческом уровне менее часто применяется неадаптивные копинг-стратегии (6 респондентов, 40%). Адаптивные копинг-стратегии на когнитивном и поведенческом уровнях применяют по одному респонденту (6%), на эмоциональном уровне адаптивные копинг-стратегии не используются.

Мы предполагаем, что использование подростками с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением относительно адаптивных копинг-стратегий позволяет находить альтернативные способы разрешения проблемных ситуаций, препятствует фиксации аутоагрессивной модели поведения. Также было установлено, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением доминируют неадаптивные копинг-стратегии на эмоциональном и поведенческом уровнях переработки стрессового события; у подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением доминируют неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном уровне переработки стрессового события. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что у подростков с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением превалирует физический компонент самоповреждающего поведения (бóльшая травматизация, серьёзные повреждения тканей и органов тела). У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением самоповреждения обусловлены психологическим компонентом - стремлением подростка преодолеть психологическое неблагополучие, вызванное когнитивными искажениями по типу застревания (фиксация на негативных событиях, самовзвинчивание и т.д.). Данное предположение нуждается в дополнительной проверке на эмпирическом уровне и комплексном изучении на более широкой выборке.

Резюме. Таким образом, при исследовании самоповреждающего поведения у подростков с суицидальным риском было установлено, что подростки с преобладающим инструментальным самоповреждающим поведением имеют значительный уровень суицидального риска, выраженное намерение (желание) наносить самоповреждения, а также

у них преобладают неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях переработки стрессового события. У подростков с преобладающим соматическим самоповреждающим поведением регистрируется незначительный уровень суицидального риска, умеренное намерение (желание) наносить самоповреждения, у них преобладают неадаптивные копинг-стратегии на когнитивном и эмоциональном уровнях переработки стрессового события. На поведенческом уровне у респондентов преобладают относительно адаптивные копинг-стратегии.

Литература

1. Горбатов С.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением / Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. // Суицидология. – 2020; – 11 (1): – С. 53-69.
2. Гринёва В.В. Самоповреждающее поведение как деструктивная копинг-стратегия в контексте пограничного расстройства личности / В.В. Гринёва. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2022. – № 27 (422). –С. 142-144. – URL: <https://moluch.ru/archive/422/93793/> (дата обращения: 29.09.2022).
3. Данилова А.В. Обзор психологической литературы по проблеме совладающего поведения / А.В. Данилова. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2021. – № 43 (385). –С. 61-63. – URL: <https://moluch.ru/archive/385/84704/> (дата обращения: 24.10.2022).
4. Дерябина В.Ю., Труевцев Д.В. Самоповреждающее поведение в контексте склонности к расстройствам личности: выпускная квалификационная работа специалиста по направлению подготовки: 37.05.01 – Клиническая психология. – Барнаул:[б.и.],–2017. –URI: <http://elibrary.asu.ru/handle/asu/3585>(дата обращения: 09.11.2022).
5. Добровидова Н.А. Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения: учебно-методическое пособие для обучающихся факультета педагогики и психологии, направлений подготовки «Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Педагогика», практикующих психологов, социальных работников / Н.А. Добровидова М.Ю. Горохова, И.Л. Матасова, Е.Н. Устюжанинова, М. А. Шаталина. – Электрон. текстовые данные (932 КБ). – Самара: СФ ГАОУ ВО МГПУ, – 2022. – URL: https://samara.mgpu.ru/files/library_elektron/psih_ped/Diagnostika_1.pdf (дата обращения: 10.11.2022).
6. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение / А.А. Зайченко. — Текст: электронный // Psyjournals.ru: [сайт]. — URL: https://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40833_full.shtml (дата обращения: 08.11.2022).
7. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: автореф. дис. кан.психол.наук.: спец. 19.00.04. / Н.А. Польская; МГППУ. – М., – 2017. – С. 423.
8. Сагалакова О.А., Стоянова И.Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания / О.А. Сагалакова, И.Я. Стоянова // Известия Алтайского государственного университета. – 2015. – 3-1(87). – С. 75–80.
9. Чуева Е.Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков / Е.Н. Чуева // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2017. – № 1 (29). – С. 71-77.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОТЧУЖДЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ НОРМ МУЖСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Карпова Э.Б., Аршинова А.Д.

ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

e.karpova@spbu.ru

arshinova.and@gmail.com

Ключевые слова: отчуждение, гендерные нормы, эгалитарные нормы мужского поведения, традиционалистские нормы мужского поведения.

PSYCHOLOGICAL ALIENATION AND CONFORMITY TO MASCULINE NORMS IN ADULTS

Karpova E.B., Arshinova A.D.

FSBI HE SpbSU, St. Petersburg, Russia

e.karpova@spbu.ru

arshinova.and@gmail.com

Keywords: alienation, gender norms, egalitarian norms of male behavior, traditionalist norms of male behavior.

Введение. Отчуждение – понятие, характеризующее ситуацию нарушения или разрыва связей индивида с миром, феноменологически сходное с утратой смысла, описанной В. Франклом [3]. В 1998 С. Мадди связал отчуждение с такими видами экзистенциальных недугов, как вегетативность, нигилизм и авантюризм. Самым тяжелым из них считается вегетативность, которая характеризуется отсутствием смысла жизни, апатией и скукой, а также недостатком избирательности в действиях. Нигилизм является менее тяжелой формой экзистенциальной болезни, так как в жизни человека остается некоторое подобие осмысленности, хотя она может быть парадоксальна. На когнитивном уровне нигилист может найти смысл, только опровергая все, что претендует на позитивное значение. На эмоциональном уровне нигилизм обычно включает в себя гнев, отвращение и цинизм. На уровне действия такой человек склонен к соперничеству и борьбе, а не к какому-либо самоопределению. Наименее тяжелой формой экзистенциальной болезни является авантюризм, при котором сохраняется некоторая основа для поиска позитивного смысла, но только через экстремальные, рискованные действия. На когнитивном уровне это проявляется в том, что людям с таким недугом повседневная жизнь кажется пустой, и только интенсивные необычные переживания вызывают у них вкус к собственной жизни. На эмоциональном уровне авантюристы апатичны и скучают в обычной

жизни, чувствуя возбуждение, страх и оживление, только когда идут на риск. На поведенческом уровне такие люди колеблются между вялостью и героической интенсивностью [4].

Обращает на себя внимание, что выделенные С.Мадди формы отчуждения характеризуются утратой переживания осмысленности жизни. Жизнь людей, не ориентированных на ценности и смыслы, сводится к реагированию на стимулы, удовлетворению потребностей и исполнению принятых в обществе норм поведения [3].

Одним из видов таких норм, регулирующих поведение личности как субъекта межличностных и межгрупповых отношений, включающих гендерную составляющую, являются гендерные нормы. Гендерные нормы — это правила, образцы поведения, стандарты деятельности мужчин и женщин как членов общества и представителей разных социальных групп. Совместно со смыслами, ценностями и традициями они формируют социокультурное пространство, в котором существуют люди. Наравне с социальными и групповыми нормами нормы женского и мужского поведения: интегрируют детей разного пола в группы в процессе становления гендерной идентичности; формируют модели поведения, соответствующего представителям групп мужчин и женщин; регулируют общий ход гендерной социализации и контролируют поведение, отклоняющееся от предписанного социальным полом; упорядочивают и стабилизируют отношения в группе. Однако из-за низкой подверженности изменениям они могут препятствовать реализации и личностному развитию членов группы [1].

В настоящее время в общественном сознании сосуществуют два вида норм: эгалитарные (нацеленные на равенство) и традиционалистские (патриархальные).

Согласно традиционалистским нормам мужского поведения, мужчина должен самостоятельно принимать решения и быть экспертом во многих областях; быть лидером как в профессиональной сфере, так и в семье, иметь высокий социальный статус, демонстрировать готовность к соперничеству и предприимчивость. Считается, что мужественность основана на физической силе и эмоциональной устойчивости; что «настоящий» мужчина должен во всем стараться избегать сравнений с женщинами и гомосексуалами; что мужчины гиперсексуальны, а в партнерских отношениях секс для них важнее, чем эмоциональное вовлечение [1].

На сегодняшний день все большую популярность приобретают эгалитарные нормы гендерного поведения, не противопоставляющие роли мужчин и женщин, а предоставляющие людям свободу действовать в соответствии с их индивидуальными способностями, склонностями и возможностями [2].

Целью данного исследования стало изучение связи между приверженностью человека к гендерным нормам традиционалистского или эгалитарного типа и выраженностью у него

признаков экзистенциальных недугов по С. Мадди.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 человек (47 женщин и 33 мужчины) в возрасте от 18 до 52 лет. Средний возраст испытуемых составил $24,94 \pm 9,75$ лет. Поиск респондентов осуществлялся через социальную сеть ВКонтакте.

При проведении исследования использованы методики: опросник «Нормы мужского поведения» И. С. Клециной и Е. В. Иофе (И. С. Клецина, Е. В. Иофе, 2017), позволяющий определить к какому типу гендерных норм склоняется респондент: традиционалистскому, эгалитарному или смешанному; «Опросник субъективного отчуждения для взрослых» Е. Н. Осина, измеряющий выраженность отчуждения от работы, общества (social institutions), межличностных отношений, семьи, собственного внутреннего мира, а также вегетативности, нигилизма, авантюризма, бессилия (потери человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако при сохранении чувства их важности [3]). Согласие с каждым утверждением участники оценивают в процентной шкале, баллы по субшкалам методики рассчитываются как среднее по входящим в неё утверждениям.

При статистической обработке данных использовались описательные статистики, критерий Колмогорова-Смирнова, χ^2 Пирсона, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Согласно полученным данным, отчуждение и связанные с ним экзистенциальные недуги не связаны с возрастом (коэффициенты корреляции возраста и отчуждения составили: с отчуждением общим $r=0.077$, $p>0.05$; от работы $r=0.083$, $p>0.05$; от общества $r=0.029$, $p>0.05$; от людей $r=0.065$, $p>0.05$; от семьи $r=0.014$, $p>0.05$; от себя $r=-0.038$, $p>0.05$; вегетативностью $r=0.069$, $p>0.05$; бессилием $r=-0.005$, $p>0.05$; нигилизмом $r=0.062$, $p>0.05$; авантюризмом $r=0.168$, $p>0.05$). Различия между группами мужчин и женщин по средним значениям показателей субъективного отчуждения оказались статистически значимыми только по шкале «Авантюризм» ($t = 2.69$, $p<0.01$), по которой мужчины набрали более высокие баллы.

Для проверки различий между группами с разным уровнем принятия мужских нормативных установок по показателям субъективного отчуждения выборка была разделена на две подгруппы: с высоким уровнем принятия мужских нормативных установок (традиционалисты) и с низким уровнем принятия мужских нормативных установок (эгалитаристы). Для повышения достоверности различий не учитывались результаты, находящиеся в диапазоне $M \pm 1/4\sigma$.

Средний возраст в группе эгалитаристов составил 22.65 ± 7.3 лет, в группе традиционалистов – 29.3 ± 12.18 . Различия по возрастному признаку, полученные с помощью U-критерия Манна-Уитни оказались статистически значимы ($U=284$; $p<0.01$). Люди старшего

возраста чаще ожидают от мужчин поведения, соответствующего патриархальной модели.

Принадлежность респондента к группам эгалитаристов и традиционалистов оказалась связана с полом ($X^2 = 4.31$, $p < 0.05$): мужчины чаще соглашались с утверждениями, транслирующими патриархальные нормы мужского поведения, женщины чаще высказывали несогласие с ними.

При сравнении групп людей, находящихся на разных полюсах принятия мужских нормативных установок, по критерию t-Стьюдента были получены следующие результаты (см. таблицу 1):

Таблица 1.

Сравнение групп эгалитаристов и традиционалистов по средним показателям параметров отчуждения.

Наименование шкалы	Эгалитаристы		Традиционалисты		t-value	p
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.		
Отчуждение от работы	27.86	13.97	40.74	19.52	-3.08	0.003
Отчуждение от общества	31.60	16.55	40.24	19.59	-1.91	0.061
Отчуждение от других людей	24.49	18.23	34.49	16.99	-2.23	0.029
Отчуждение от семьи	22.32	14.98	29.70	17.62	-1.81	0.076
Отчуждение от самого себя	25.93	15.46	32.44	20.93	-1.43	0.157
Вегетативность	28.49	15.96	35.28	15.96	-1.68	0.098
Бессилие	27.99	15.47	36.06	18.51	-1.90	0.063
Нигилизм	28.40	13.57	41.74	18.40	-3.34	0.001
Авантюризм	22.34	11.26	32.68	15.73	-2.91	0.006
Отчуждение общее	27.07	12.24	36.67	15.46	-2.77	0.007

На уровне значимости $p \leq 0.01$, люди, придерживающиеся традиционалистских норм, демонстрируют более высокие показатели по шкалам «отчуждение от работы», «нигилизм», «авантюризм» и «отчуждение общее» по сравнению с людьми, придерживающихся эгалитарных норм. На уровне значимости $p \leq 0.05$, группы таким же образом различаются по шкале «отчуждение от других людей». По шкалам «отчуждение от общества», «отчуждение от семьи», «отчуждение от самого себя», «вегетативность» и «бессилие» статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. Таким образом, отчуждение оказалось не связано с возрастом респондентов, а половые различия проявились только в большей склонности мужчин к рискованному

поведению, измеряемому шкалой «авантюризм». Было обнаружено, что предпочтение норм мужского поведения патриархального типа связано с интенсивностью симптомов отчуждения и смыслоутраты. Люди, противопоставляющие роли мужчин и женщин и требующие от мужчин исключительно маскулинных форм поведения, более склонны ощущать отсутствие смысла в повседневной жизни, чувствовать оживление только от участия в рискованной деятельности, а в обычной жизни скучать и испытывать апатию. Они чаще отрицают саму возможность существования смысла в жизни и направляют свою активность на утверждение данной позиции, в связи с чем обычно имеют склонность к соперничеству и борьбе, на эмоциональном уровне сопровождающихся гневом, отвращением и цинизмом.

Литература

1. Клёцина И.С., Иоффе Е.В. Гендерные нормы как социально-психологический феномен: монография. Москва: Проспект, 2017.
2. Клёцина И.С. Нормы женского и мужского поведения как детерминанты гендерных отношений //Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей: векторы развития современной психологической науки. Санкт-Петербург, 2017. С. 383-388.
3. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Смыслоутрата и отчуждение // Культурно-историческая психология. 2007. № 4. С. 68-77.
4. Maddi S.R. Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Search for Meaning / Ed. by P. T. P. Wong, P. S. Fry. Mahwah, 1998.

ОБЗОР ДЕВИАЦИИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПОСТ- И ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ

Кашкаров А.П.

ФГБУ НМИЦН им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

kashkaroff@rambler.ru

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое состояние, перитравматическое расстройство личности, ветераны боевых действий, релаксационно-восстановительные методики.

REVIEW OF PERSONALITY DEVIATION UNDER CONDITIONS OF POST- AND TRAUMATIC STRESS STATE

Kaschkarov A.P.

FSBI V.A. Almazov NMRC, St. Petersburg, Russia

kashkaroff@rambler.ru

Keywords: post-traumatic stress disorder, peritraumatic personality disorder, combat veterans, relaxation and recovery techniques.

Введение. Проблематикой психической травмы и посттравматических тревожных

расстройств занимались многие отечественные и зарубежные специалисты, в числе которых и фундаментально - Э. Крепелин, М. Зеленова, Н. Резник; с точки зрения диагностики - К. Ясперс, А.У. Shalev и R. Mayou с соавторами. С.Г. Сукиасян сообщает, что реактивность психической травмы, являясь одним из значимых компонент, может фиксироваться при любых психических расстройствах, следовательно, не является однозначной и достаточной нозологической специфичностью при диагностике [14]. Гипотеза, что ПТСР из социально-психологического феномена переросло в клинический [13], [14], на наш взгляд, обоснованный не только исследованиями, но и практикой, спорна. Боевая травма, по существу, является «сенсibiliзирующим психику воинов» фактором, «приобретенным предрасположением», что известно в литературе с начала XX века [3, 4]. Боевая травма бывших и нынешний комбатантов – ветеранов боевых действий (ВБД) в определенных социально-политических и экономических условиях перерастает в моральную травму, сочетаясь с соматической или психической патологией (в том числе патологии ощущений), может детерминировать депрессивные, диссоциативные, личностные расстройства с признаками социальной дезадаптации в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности, и когнитивные нарушения; но не приводит однозначно к формированию ПТСР и/или острого стрессового расстройства (ОСР) [10]. Отдельное исследование показывает важность оценки личностных особенностей, роли уязвимости в развитии психопатологии посттравмы как фактора корректной диагностики. В своих работах Е.В. Снедков поднимет проблему нозологической самостоятельности посттравматического расстройства как медицинской и социально-психологической проблемы. Интересно, что в США неуточненные расстройства экстремального стресса (Disorders of extreme stress not otherwise specified — DESNOS) корректно определяют наряду с ПТСР. В данном исследовании сделана попытка рассмотреть проблематику диагностики стрессовых состояний. Очевидно, что руководство для врачей [11] частично утратило актуализированный смысл и нуждается в дополнении. Экспериментально было доказано [7], что причиненный ОСР и ПТСР вред здоровью можно корректировать, в том числе посредством релаксации разного типа [9].

Цель - обзор и анализ предикторов ПТСР и ПТР в условиях боевых действий и их последствий.

Задачи:

1. анализировать особенности реактивного и девиантного поведения ВБД в симптоматике ПТСР и ПТР для уточнения корректной диагностики психопатологических расстройств в дискурсе: болезнь, синдром или психологическая реакция?

2. определить возможные корреляции между тяжестью травмы, характером боевых действий и личностным психопатологическим профилем комбатантов в парадигме ОСР и ПТСР, уточнить характер психопатологических нарушений;

3. оценить в сравнении степень выраженности ПТСР и ПТР относительно определенных в МКБ и DSM диагностических рамок.

Цели исследования достигались с помощью адекватного диагностического алгоритма, психодиагностической методики «тематический апперцептивный тест», личностного опросника Шмишека, катамнестических наблюдений, а также статистических процедур корреляционного, контент- и кластерного анализа. Близкий подход был апробирован ранее и показал свою продуктивность [7].

Материал и методы. В продолжающемся исследовании принимают участие 194 мужчины, из них 156 из числа проходивших или проходящих службу в контингенте войск и сил СВО в 2022-2023 году в возрасте от 20 до 56 лет (преимущественно в категории «добровольцев» и мобилизованных), и 38 - в возрасте 43-70 лет, из которых большинство - участники боевых действий в ДРА и ЧР, проживающие ныне в разных регионах России и Беларуси. Средний возраст обследуемых $39,48 \pm 10$ лет. Из этой репрезентативной выборки только четверо имеют подтвержденный диагноз ПТСР, установленный в соответствии с МКБ-10 и DSM-5 (классификации предполагают разные диагностические рамки), однако более 40 мужчин имеют ярко выраженные признаки стрессового расстройства, у иных военнослужащих источник угрозы вызывает чувство неопределенности ввиду неконгруэнтности ситуации. К сему относится и субъективный опыт автора – участника II чеченской и нынешней кампаний. Боевая травма — многофакторный, сложный феномен с признаками психической, физической, социальной и моральной травмы, а не только экстремальный стресс, как отмечается в классификациях МКБ и DSM. Развитие постстрессовых расстройств проявляется осложнениями разной нозологии, и неспецифическими реакциями «посттравматического» типа. ПТСР по сей день рассматривается не как нозология, а как синдром [13]. Специфичность механизмов и клинических симптомов ПТСР как «психогенного заболевания, обусловленного воздействием исключительного, неординарного, чрезвычайного стресса, способного вызвать дистресс у любого человека» [1], характеризуется особенностями реактивного воздействия. [2]. Примерно у каждого 4-го комбатанта фиксировали первую реакцию на травматическое воздействие, а не ОСР [13].

В соответствии с методологией исследования, не противоречащей по промежуточным выводам с личным опытом уточнено, что симптомы ОСР наблюдались на 4-10-е и более сутки, а согласно определению МКБ они проявляются в течение 48–72 часов после травмы. Временные рамки («ограничительный критерий длительности») для проявления клинических

симптомов ОСТР 48 часов по критериям МКБ-10 и 72 часа согласно критериям DSM-5 — действуют только у 10% пострадавших. Для ПТСР — 6 месяцев по МКБ-10 и 1 - по DSM-5. Так симптомы ПТСР согласно классификациям, должны развиваться спустя месяцы после травмы, а отмечаются с первых дней. В этой связи С.Г. Сукиасян предлагает обсуждать «перитравматические расстройства», а не три известных посттравматических клинических формы ПТСР, границы которых являются нечеткими, а критерии спорными [13]. Практика диагностики и реабилитации ВБД непротиворечива, есть случаи ангажированного отношения к уточнению диагнозов на местах; ПТСР стараются «не ставить», предпочитая его неуточненным расстройствам экстремального стресса, что «защищает» государство от дополнительных компенсационных выплат и расходов на реабилитацию ВБД, но не защищает людей.

Поскольку в условиях травмы у личности имеются возможности реагировать на нее в пределах возможностей защитных механизмов — инстинктивных, психологических, поведенческих, организм человека пользуется как адаптивными, так и дезадаптивными способами. От субъективной оценки тяжести катастрофических последствий травмы в начальный период условно пропорционально зависит риск развития ПТСР [16]. Психическая травма как стрессогенный феномен характеризуется основными признаками-критериями: наступает внезапно и неожиданно, создает угрозу жизни и психофизической целостности организма и личности вне обыденного жизненного опыта [13]. Отдельный и дополнительный фактор влияния связан с особенностями боевой ситуации. В современных условиях военных действий «пятого поколения» прямое соприкосновение с противником не всегда актуально, что предполагает и отсутствие возможности сдачи в плен как непротиворечивого действия для выхода из стрессовой ситуации. Условия связаны с типично дистанционным характером действий: для достижения стратегических целей противоборствующими сторонами применяется информационно-психологическое давление с опорой на наукоемкие технологии, тактика нанесения массированных ударов высокоточным оружием наземного и воздушного базирования, артиллерийские налеты, минирование территории, использование БПЛА с подвешенными боеприпасами и применение средств радиоэлектронной борьбы. В этих условиях у полевых мотострелковых подразделений затруднены возможности влияния (атаковать, отступить в укрытия), ибо противник вне видимости. Зато актуальны условно новые понятия недосягаемости источника опасности и травмы, с сохранением реальности в ощущениях комбатантов. Так условия современной войны значительно отличаются от предыдущих военных конфликтов и детерминируют клинические и хронологические особенности для участников. Отсюда гипотеза, что боевая травма не специфический, а стимулирующий или катализирующий фактор причинный фактор приобретает

дискуссионный смысл [2, 12, 14].

Иногда клиническая практика свидетельствует о развитии расстройств, обусловленных неординарным стрессом. Практикующие в ПНИ клинические психологи, среди которых к.п.н. А.Ю. Авилов (СПбМСИ) в частности, анализируют опыт и случаи неадекватных поведенческих реакций пациентов с неуточненным ПТСР в отношении медицинского персонала. Очевидно, что проблематика новейшего времени на местах усугубляется недостаточностью профессиональной подготовки кадров.

Результаты и их обсуждения. Чем тяжелее клиническая картина ПТСР, тем менее выражены тревожно-фобические симптомы - нервозность, напряженность, состояния паники, чувство опасности и страхи, иррациональные реакции. Статистический анализ показал следующие результаты. В группе ВБД афганской и двух чеченских кампаний испытуемые проявляли высокий интерес к социализации, что зафиксировано на уровне 63,4%, при том, что 84% респондентов имели семьи с детьми, а 7% среди их числа – многодетные; и таким образом успешно социализировались. Среди другой части ВБД фиксировались экзальтированное, а иногда (5,4%) эпатажное поведение [5, 15]. Среди «новой» группы, прошедшей или находящейся в зоне СВО девиантное - агрессивное или наоборот социофобное поведение наблюдается в 90% случаев; надо сделать поправку на продолжающиеся пока незавершенные относительно валидности и транспарентности исследования, а также на недостаточные технические возможности исследователя, находящегося в эпицентре событий в режиме реального времени. Тем не менее, есть интересные наблюдения. Девиантное поведение присутствует у значительной части (79%) испытуемых, даже среди идентифицирующих свою позицию как психологически устойчивую, то есть без конфликта мировоззрений и действий. Агрессивность (направленная вовне) в группе имеет выраженный реваншистский поведенческий компонент, спровоцированный тремя аспектами: А) невозможность влиять на события (отдых, релаксация, обсуждения тактики действий, что связано с традиционным и обязательным единоначалием в воинских коллективах), Б) - страхом перед действиями противника, угрожающими жизни и здоровью комбатанта и В) – лавинообразным ОСР в ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости – коллеги. Данные корреляционного анализа показали, что агрессивность поведенческих реакций имеет отрицательную корреляцию с активностью боевых действий (при активности субъект более психологически устойчив) и положительную - с вовлеченностью в жизнь воинского коллектива (субъективным авторитетом).

Выводы. При ПТСР у мужчин страдает мотивационно-ценностная ориентация, идентичность мигрирует в перверсии в виде метафизической интерпретации «нормы» и фактических ощущений, с психической травмой от усердия в зоне боевых действий, что имеет значение

личностный фактор; ОСР мигрирует из функционального в органическое. Промежуточные выводы уместны на основе новой психиатрической парадигмы. Источником психических расстройств становится не столько боевая травма, а негативный смысл, осознаваемый ВБД. Эта субстанция не является застывшей, навсегда данной, она меняется в зависимости обстоятельств и во времени. В этом ключе апробированы методы релаксации на основе библиотерапии и культурной депривации, и в ранее проведенных исследованиях установлено, что наилучшую восстановительную способность обследуемые получают при качественной адаптации и социализации, причем значительные успехи фиксируются там, где экс-комбатанты (ВБД) создают многодетные семьи и заботятся о них [7]. Рекомендованы и апробированы методы релаксации для ВБД [6, 9].

Поскольку первичные реакции на травматические события характеризуются как адаптивные, направленные на выживание, резистентные угрозе, актуализируются физиологические и психологические ресурсы организма и механизмы совладения. Когда естественные меры оказываются недостаточными, резистивный процесс трансформируется в дезадаптивный с экстремальным и форсированным развитием патологических форм противостояния травме — ОСР, ПТСР, ПТР и др. с переходом причинно-следственной связи особенности личности в депрессивные расстройства, девиантное антисоциальное поведение, неадекватные агрессивные и суицидальные риски. Да, клинико-патогенетическая диагностика, лечебно-реабилитационные принципы в контексте соматоформной динамики ПТСР ВБД потребовали совершенствования. В этом практика на местах снова как «паровоз, нагоняющий опоздание». Посему актуализировалась необходимость изучать предрасполагающие факторы влияния и последствия психической травмы, корректно и независимо от административного давления различать симптомы проявления болезни и как реактивные формы поведения, уделять большее внимание качественной подготовке профильных специалистов – отбору новых кадров в ответ на вызовы времени.

Литература

1. Азарных Т.Д., Азарных Н.А. Акцентуации характера как предикторы острой стрессовой реакции. – URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/222815751.pdf> (дата обращения 15.01.2023).
2. Андриющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104–109.
3. Бондарев Н.И. Условия возникновения и развития реактивных состояний // Труды Военно-морской медицинской академии. – Л.: ВММедА, 1944. – С. 46–52.
4. Добротворский Н.М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.) // Научная медицина. – 1919. – № 1. – С. 378–386.
5. Жигач А. Ненормальные сотрудники. Вредные советы по найму персонала. – Деловой Петербург, от 16.04.2019. – URL: https://www.dp.ru/a/2019/04/15/Ljudi_s_izjuminkoj (дата обращения 15.01.2023).
6. Кашкаров А.П. Врѣшь — не возьмѣшь! 80 способов снизить уровень тревоги. – М.: Солон-Пресс, 2023. – 160 с. - ISBN 978-5-91359-539-3
7. Кашкаров А.П. Как с помощью творчества локализовать посттравматический синдром. – Личность и культура. - №4. – 2017. – с. 36.

8. Кашкаров А.П. Инновационный инструмент независимой этической оценки. – Личность и культура. - №6. – 2017. – с. 40.
9. Кашкаров А.П. Сауна: Исцеление и комфорт. Секретные сведения от финских источников. — М.: СОЛОН-Пресс, 2018. — 144 с.
10. Лебедева Н.А., Борисова Е.Н. Изменение функций внимания у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: матер. V Междунар. науч. конф.: в 2 т. / отв. ред. М.В. Сапоровская, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова. – Кострома: Костромской государственной университет, 2019. – С. 276–280.
11. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
12. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербаков Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120, № 6–2. – С. 31–36.
13. Сукиасян С.Г. Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма // Современная терапия психических расстройств. 2022. №3. С. 3–13.
14. Сукиасян С.Г., Татевосян М.Я. Личностный фактор в генезе и развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психология и психотехника. – 2010. – Т. 12. – С. 82–98.
15. Стрельникова Ю.Ю. Личность в условиях боевых действий: динамика изменений, диагностика, коррекция. - СПб.: Инфо-да. – 2013. – 262 с.
16. Хажуев И.С. Когнитивно-поведенческая терапия участников контртеррористической операции на Северном Кавказе. - Психологическая газета, 2016. – (дата обращения 15.01.2023): <http://psy.su/feed/4606/>.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, коронавирусная инфекция, вакцинация, депрессия.

ATTITUDE TO VACCINATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Medvedeva T.I., Enikopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Medvedeva.ti@gmail.com

Keywords: COVID-19, coronavirus infection, vaccination, depression.

Введение. Вакцинация сыграла важную роль в уменьшении риска заболевания, тяжелого течения и смерти от коронавирусной инфекции. Люди с психическими заболеваниями оказались группой населения особенно уязвимой в условиях пандемии.

Меньшая эффективность вакцинации. Исследования, проведенные еще до старта массовой вакцинации от COVID-19, в которых экстраполировались данные, полученные в

рамках вакцинации людей, страдающих психическими заболеваниями, от других инфекций, таких как гепатит В, грипп, показали более низкий иммунный ответ [4]. Более поздние исследование подтвердили эти данные - вакцинированные люди, страдающие психическими заболеваниями, имеют повышенный риск заражения коронавирусной инфекцией (на 24%) [5], а также у них выше риск более тяжелого течения инфекции даже при проведении вакцинации. 25 февраля 2022 года Centers for Disease Control and Prevention (CDC) включил психические заболевания в список состояний, способных утяжелять течение COVID-19.

Процент вакцинированных по сравнению с общей популяцией. При сравнении процента вакцинированных среди здоровых людей и людей с психическими заболеваниями получены неоднозначные выводы. В израильском исследовании на выборке в 50240 человек [7], в котором обследовано 25120 пациентов, страдающих шизофренией, показано, что вероятность быть привитым от ковида у пациентов из клинической группы значимо ниже, чем в контрольной. Предполагается, что такая ситуация может быть объяснена недостатком знаний и осведомленности, недостатком активных рекомендаций по поводу вакцинации со стороны лица, заботящегося о психически больном, а также страхом. Аналогичный результат получен в исследовании [3], которое показало более низкую готовность к вакцинации в группе людей, страдающих психическими заболеваниями. Авторы считают, что полученные различия между выборками связаны с тем, что в группе людей, страдающих психическими заболеваниями, респонденты, в среднем, были моложе, чем в контрольной группе.

Отношение к вакцинации. Важное значение имеет вопрос о желании вакцинироваться у людей с психическими заболеваниями, о вере в то, что вакцинация поможет не заболеть или легче перенести инфекцию. Исследование [1] было направлено на изучение отношения к вакцинации у группы психически больных, госпитализированных в остром состоянии. Исследователи делают вывод о том, что причиной принятия решения является точка зрения человека, а не его психическое состояние. Среди факторов, влияющих на готовность к вакцинации людей, подчеркивается влияние культуральных различий. Так, например, китайские данные [2] показывают противоположный результат: значимо больше людей из клинической группы (64.5%) готовы платить за вакцинацию от COVID-19 по сравнению с представителями контрольной группы (38.1%). Напротив, исследование, проведенное в Дании, показало более низкую готовность к вакцинации у людей, страдающих психическими заболеваниями (84.8%), по сравнению с общей популяцией (89.5%) [3].

Целью исследования был анализ «веры в вакцинацию» как действенный способ справиться с заболеванием» у людей с психическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 122 молодые женщины, страдающие расстройствами депрессивного спектра, проходящие лечение в НЦПЗ с сентября 2021 года по

июль 2022 года (средний возраст $20,01 \pm 5,4$). Группу сравнения составили 90 женщин, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью, осветивших на вопросы через интернет (средний возраст $20,03 \pm 2,6$). Группы статистически не различались по возрасту. Все испытуемые отвечали на вопрос о том, в чем они видят решение проблемы пандемии. Можно было выбрать несколько вариантов ответа, среди которых был ответ «вакцинация». Группа больных депрессией была разделена на подгруппы «не верящих в вакцинацию» (57 человек, средний возраст $20,05 \pm 5,4$) и «верящих в вакцинацию» (65 человек, средний возраст $20,57 \pm 4$). Подгруппы статистически не различались по социодемографическим показателям. Все испытуемые выполнили методики: Симптоматический опросник SCL-90-R; «Я-структурный тест Г. Аммона», в исследовании использовалась шкала «Конструктивный нарциссизм»; Опросник Шкала инвестиций в тело (BIS) (Body Investment Scale) [6]. Также оценивались ответы по отдельным вопросам о самоотношении и намеренном самоповреждении, ответы на которые давались по 5 бальной шкале Лайкерта.

Результаты и обсуждение. Результаты показали, что 60,2% здоровых молодых женщин видят решение в вакцинации, против 53,9% в группе больных депрессией, однако анализ не показал статистически значимые различия между этими группами (Хи-квадрат $p=0,183$), что вероятно обусловлено большой дисперсией данных внутри групп. Однако, внутри группы больных депрессией подгруппа, которая не верила в вакцинацию, отличалась значительно более выраженными клиническими симптомами «Депрессии», «Психотизма», «Индекса тяжести состояния» (SCL-90R) (Таб. 1).

Таблица 1.

Результаты экспериментальной и контрольной групп

Параметр SCL-90R	Не верят в вакцинацию	Верят в вакцинацию	Значимость различий (ANOVA)
SCL_Депрессия	$2,19 \pm 0,86$	$1,66 \pm 0,98$,002
SCL_Паранойяльность	$1,20 \pm 0,89$	$0,91 \pm 0,79$,059
SCL_Психотизм	$1,12 \pm 0,73$	$0,77 \pm 0,65$,007
SCL_GSI Общий индекс тяжести	$1,54 \pm 0,71$	$1,27 \pm 0,72$,044
SCL_PDSI Индекс тяжести наличного дистресса	$2,25 \pm 0,53$	$2,08 \pm 0,55$,089
SCL_PSI число беспокоящих симптомов	$58,05 \pm 19,34$	$51,18 \pm 19,47$,055

Эти результаты позволяют объяснить расхождения в исследованиях, проведенных в разных странах, по поводу отношения к вакцинации людей с психическими заболеваниями.

Вероятно, такие исследования можно проводить только с учетом тяжести состояния больного. Подгруппа «не верящих» в вакцинацию отличалась ощущением низкой собственной ценности, это проявлялось в ответах на отдельные вопросы, вопросы «Шкалы инвестиции тела» и шкалы «Конструктивный нарциссизм» теста Аммона (Табл. 2).

Таблица 2.

Результаты экспериментальной и контрольной групп

	Не верят в вакцинацию	Верят в вакцинацию	Значимость различий (Манн-Уитни)
Положительный образ тела (Шкала инвестиций тела BIS)	2,51±1,26	3,02±1,13	,042
Нарциссизм конструктивный (Аммон)	29,75±13,59	39,97±13,59	,025
Ощущение безнадежности будущего	2,52±1,33	1,82±1,58	,010
Суицидальные намерения	1,43±1,51	0,78±1,18	,010
Мысли о смерти	1,70±1,46	1,15±1,44	,042
Ощущение, что Вы хуже других	2,40±1,46	1,89±1,48	,062
Ощущение собственной никчемности	2,53±1,55	1,78±1,51	,009
Намеренное самотравмирование	3,59±1,42	2,82±1,73	,022

Выводы. Группа молодых женщин с депрессией не отличалась от группы здоровых отношением к вакцинации, однако анализ показал, что при высоких показателях психопатологии снижается «вера в вакцинацию». Такое снижение связано, в том числе, с более низким ощущением ценности жизни и себя самого.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФ N 21-18-00129.

Литература

1. Danenberg R., Shemesh S., Tzur Bitan D., Maoz H., Saker T., Dror C., Hertzberg L., Bloch Y. Attitudes of patients with severe mental illness towards COVID-19 vaccinations: A preliminary report from a public psychiatric hospital // J Psychiatr Res. 2021. Vol. 143. pp. 16-20.
2. Hao F., Wang B., Tan W., Husain S.F., McIntyre R.S., Tang X., Zhang L., Han X., Jiang L., Chew N.W.S., Tan B.Y., Tran B., Zhang Z., Vu G.L., Vu G.T., Ho R., Ho C.S., Sharma V.K. Attitudes toward COVID-19 vaccination and willingness to pay: comparison of people with and without mental disorders in China // BJPsych Open. 2021. Vol. 7. no. 5. pp. e146.
3. Jepsen O.H., Kolbaek P., Gil Y., Speed M., Dinesen P.T., Sonderskov K.M., Ostergaard S.D. COVID-19 vaccine willingness amongst patients with mental illness compared with the general population // Acta Neuropsychiatr. 2021. Vol. 33. no. 5. pp. 273-276.
4. Mazereel V., Van Assche K., Detraux J., De Hert M. COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how? // Lancet Psychiatry. 2021. Vol. 8. no. 5. pp. 444-450.
5. Nishimi K., Neylan T.C., Bertenthal D., Seal K.H., O'Donovan A. Association of Psychiatric Disorders With Incidence of SARS-CoV-2 Breakthrough Infection Among Vaccinated Adults // JAMA Netw Open. 2022. Vol. 5. no. 4. pp. e227287.

6. Orbach I., Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale // Psychological Assessment. 1998. Vol. 10. no. 4. pp. 415-425.
7. Tzur Bitan D. Patients with schizophrenia are under-vaccinated for COVID-19: a report from Israel // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. no. 2. pp. 300-301.

**ТРУДНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ:
ИДЕНТИФИКАЦИЯ, ТИПОЛОГИЗАЦИЯ, ИЗМЕРЕНИЕ**

Нартова-Бочавер С.К., Бардадымов В.А., Хачатурова М.Р., Ерофеева В.Г.

ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, Москва, Россия

snartovabochaver@hse.ru

Ключевые слова: благополучие, студенты, трудные жизненные ситуации, стресс, «становящаяся взрослость».

**DIFFICULT LIFE SITUATIONS IN THE LIFE OF MODERN STUDENTS:
IDENTIFICATION, TYPOLOGATION, MEASUREMENT**

Nartova-Bochaver S.K., Bardadymov V.A., Nachaturova M.R., Yerofeyeva V.G.

FSAI HE NRU HSE, Moscow, Russia

snartovabochaver@hse.ru

Keywords: well-being, students, difficult life situations, stress, “emerging adulthood”.

В современном мире произошли изменения в определении возрастных границ. Американский психолог Дж. Арнетт [5] выделил и описал период «становящейся взрослости», в течение которого молодые люди сосредоточены на себе, много времени уделяют поиску своего пути и отвечают на главные вопросы в своей жизни. Обучение в вузе является одной из траекторий проживания «становящейся взрослости».

Учащиеся вузов сталкиваются с множеством трудностей в период обучения, так как многие связывают образование с карьерными возможностями и успехом. Кроме того, из-за отложенного взросления задерживается решение многих задач взрослых – сепарация от родителей, экономическая независимость, создание собственной семьи и родительство [5]. Молодые люди, пытаясь справиться с трудностями, чувствуют психологическое истощение и бросают обучение. По данным НИУ ВШЭ, 21% студентов выбывает, не завершив обучение.

Помощь с повышением уровня благополучия является задачей психологических служб вузов. Благополучие разделяется на гедонистическое, которое связано с хорошим самочувствием, и эвдемоническое, которое обеспечивает высокий уровень функционирования

[3, 6] Хронический и повседневный стресс могут в значительной степени ухудшать благополучие [4, 7]. Хронический стресс возникает из-за значительных событий, для разрешения которых человеку нужно активировать все свои физические, социальные и психологические ресурсы. В свою очередь повседневный стресс студенты могут не замечать из-за его рутинного характера и на первый взгляд небольшого воздействия. Однако опасность такого вида стресса состоит в том, что он обладает кумулятивным эффектом и может привести к психологическому срыву [4, 7].

Итак, чтобы помочь студентам повысить уровень благополучия, необходимо проанализировать реальные жизненные контексты и рассматривать их как источники уязвимости. Такой подход позволит подумать о разработке интервенций для совладания со стрессами. Трудной жизненной ситуацией считается негативное событие, которое приводит к появлению беспокойства, ощущению неопределённости, сложностям с разрешением ситуации и чувством собственной некомпетентности [1, 2].

Однако неизвестно, что современные студенты считают трудными жизненными ситуациями в период обучения. Индивидуальные различия влияют на то, как воспринимаются одни и те же события разными людьми. Поэтому цель исследования состояла в том, чтобы идентифицировать трудности, с которыми сталкиваются современные студенты, и разработать надёжный и валидный опросник, позволяющий отслеживать, как они различаются у студентов разных вузов и курсов. Идентификация трудных жизненных ситуаций позволит лучше понять, кому необходима психологическая поддержка и на каком этапе обучения. Это позволит студентам продолжить обучение без психологических нарушений и поддерживать мотивацию к выбранной профессии.

Для разработки опросника мы провели два эмпирических исследования. Сбор данных проводился осенью 2021 года. Первое исследование было эксплораторным, его цель состояла в получении описания трудных жизненных ситуаций, с которыми сталкиваются современные студенты. Респондентами стали 337 студентов разных ступеней образования: лицей ($n = 82$), бакалавриат ($n = 47$), магистратура ($n = 131$), аспирантура ($n = 76$) $M_{\text{возраст}} = 20,9$; $SD_{\text{возраст}} = 3,0$, 243 женского пола. Методом сбора данных стал письменный опрос, который включал вопросы об академических, социальных, эмоциональных, организационных трудностях, с которыми сталкиваются студенты во время обучения.

Для обработки данных использовался качественный контент-анализ. Четыре исследователя независимо друг от друга кодировали ответы, после чего проводили процедуру триангуляции. Выделенные коды и категории уточнялись и дополнялись с учётом комментариев друг друга. При возникновении двусмысленности обсуждение продолжалось до достижения согласия между всеми участниками. В результате получилось 48 трудных

жизненных ситуаций, которые объединились в 9 групп в соответствии с результатами контент-анализа – *академические, социальные, организационные и эмоциональные трудности; переезд; образ «Я»; стрессовые, чрезвычайные, экстремальные события вне учёбы.*

Цель второго исследования состояла в том, чтобы эмпирически проверить получившуюся структуру опросника. В этом исследовании приняли участие 717 студентов разных ступеней образования: колледж ($n = 138$), бакалавриат ($n = 492$), магистратура ($n = 55$), аспирантура ($n = 30$), 2 вольнослушателя, $M_{\text{возраст}} = 19,0$; $SD_{\text{возраст}} = 4,3$, 613 женского пола. 301 человек переехал для обучения (23 сменили страну), 416 обучаются в том же городе, в котором родились.

Для оценки трудностей использовалась бинарная Ли-шкала. Для выделения структуры опросника проводился кластерный анализ через внутригрупповую связанность на основе квадратичного Евклидова расстояния со стандартизацией категорий по Z -значениям и преобразованию значений от 0 до 1. Далее оценивался показатель надёжности полученной шкалы.

В результате кластерного анализа выделились 8 кластеров вместо 9 – *адаптация к условиям обучения, тревожность и перегрузки, психоэмоциональные трудности, организация занятий со стороны учебного заведения, социальные условия обучения, важность определяющих жизненных событий, сложности адаптации к новому месту, потери и страх потери.* Альфа Кронбаха полученной шкалы – 0,738, что говорит о достаточно высокой согласованности пунктов.

Респонденты чаще всего отмечали тревогу из-за успеваемости, экзаменов, подготовки публикаций, страх неудачи на экзамене и отчисления (81%); академическую перегрузку (79%) и необходимость сохранять эмоциональную устойчивость (78%). В то время как самыми редкими стали – война/вооружённые конфликты (8%); адаптация к обучению в многокультурной среде (12%); напряжение и конфликты с однокурсниками и соседями по общежитию (14%).

По всем кластерам, кроме «Потери и страх потери», получены статистически значимые различия в зависимости от пола, ступени образования и факта переезда. Девушки отмечали больше трудностей, чем парни, вероятно, потому что девушки оказываются более чувствительными к смене среды и с большей внимательностью относятся к своему психологическому состоянию. Студенты-бакалавры сталкиваются с большими трудностями, чем студенты других ступеней, потому что им приходится адаптироваться к новой модели обучения. Студенты, которые переехали в связи с обучением, также испытывают больше трудностей, по сравнению со студентами, которые поступают в вуз в родном городе. Факт переезда связан с необходимостью полностью изменить свой образ жизни, поэтому это

событие является потенциальным стрессором и угрозой для благополучия.

Таким образом, психологическим службам вузов следует уделить особое внимание при работе с девушками, студентами бакалавриата и студентами, которые сменили место жительства для обучения. Разработанный опросник позволит идентифицировать типичные трудности, с которыми сталкиваются молодые люди. Этот инструмент также может использоваться в образовательной политике с целью улучшения вузовского климата и среды обучения.

Исследование подготовлено при поддержке РФФИ (проект No 20-513-05014).

Литература

1. Анцыферова, Л. И. (1994). Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. *Психологический журнал*, 15(1), 3–18.
2. Битюцкая, Е. В. (2007). Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания. *Психологическая наука и образование*, 12(4), 87–93.
3. Нартова-Бочавер, С. К. (2015). Психологическая суверенность как предиктор эмоциональной устойчивости в ранней и средней взрослости. *Клиническая и специальная психология*, 4(1), 15–28.
4. Нартова-Бочавер, С. К. (2019). Жизненная среда как источник стресса и ресурс его преодоления: возвращаясь к психологии повседневности. *Психологический журнал*, 40(5), 15–26.
5. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
6. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
7. Harrison, M. H. (1985). Effects on thermal stress and exercise on blood volume in humans. *Physiological reviews*, 65(1), 149–209.

ТРЕВОГА О ЗДОРОВЬЕ У РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Первичко Е.И., Чижова А.Р., Митина О.А., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е.

Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

elena_pervichko@mail.ru

Ключевые слова: тревога о здоровье, личностная тревожность, ситуативная тревожность, ценности, пандемия COVID-19.

HEALTH ANXIETY OF YOUNG RUSSIANS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Pervichko E.I., Chizhova A.R., Mitina O.A., Stepanova O.B., Koniukhovskaia Ju.E.

Faculty of Psychology at Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

elena_pervichko@mail.ru

Keywords: health anxiety, trait anxiety, state anxiety, values, COVID-19 pandemic.

Введение. Пандемия COVID-19, захлестнувшая весь мир в 2020 году, явилась событием мирового масштаба, характеризующимся не только набором определенных ограничений, но и кардинальными изменениями жизни людей во время постоянной угрозы их здоровью и жизни, а также состоянием неопределенности будущего при изменении жизненных перспектив. Такое положение дел ставит перед психологами большое количество важных задач в области психодиагностики и оказания психологической помощи, а также предоставляет возможность исследовать изменение важных компонентов личностного функционирования, а именно эмоциональную и ценностную сферы личности в трудной жизненной ситуации (Wojanowska et al., 2020).

Цель исследования – изучение динамики тревоги о здоровье во время пандемии COVID-19 у молодых россиян и связи тревоги о здоровье ценностью здоровья у них в этих условиях.

Материал и методы исследования. Диагностический комплекс составили: (1) Социально-демографическая анкета, направленная на сбор основных сведений о респондентах; (2) Краткая шкала тревоги о здоровье SHAI (Salkovskis et al, 2002; Желонкина, Ениколопов, Ермушева, 2014); (3) Опросник диагностики ценностных ориентаций Ш. Шварца PVQ-R2 (Шварц и др., 2012); (4) Шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина STAI (Spielberger et al., 1972, 1983; Ханин, 1983). Исследование проводилось онлайн-формате в период с 04.01.2021 по 31.03.2021. Выборку исследования составили 142 респондента (109 женщин и 33 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет ($31,68 \pm 11,51$), в их числе респонденты молодого возраста (до 44 лет включительно, согласно критериям ВОЗ) – 89 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у молодежи во время самоизоляции наблюдаются достоверное повышение тревоги о здоровье, по сравнению с ее выраженностью до пандемии и после завершения режима самоизоляции, тогда как у людей старше 44 лет значимых различий не обнаружено. При этом уровень тревоги о здоровье у молодежи во время самоизоляции входит в диапазон высоких значений (рис. 1).

Исследование системы ценностей показало, что во время самоизоляции ценность здоровья становится наиболее значимой в структуре ценностей как у молодежи, так и лиц старшего возраста, тогда как до пандемии и после завершения самоизоляции ценности самостоятельности и благожелательности являются более приоритетными, чем здоровье, в обеих возрастных группах. Выход ценности здоровья на первые позиции в ценностной структуре совершенно нетипично для лиц молодого возраста в обычных жизненных условиях (Арина, Иосифян, Николаева, 2019; Lau et al., 1986; и др.).

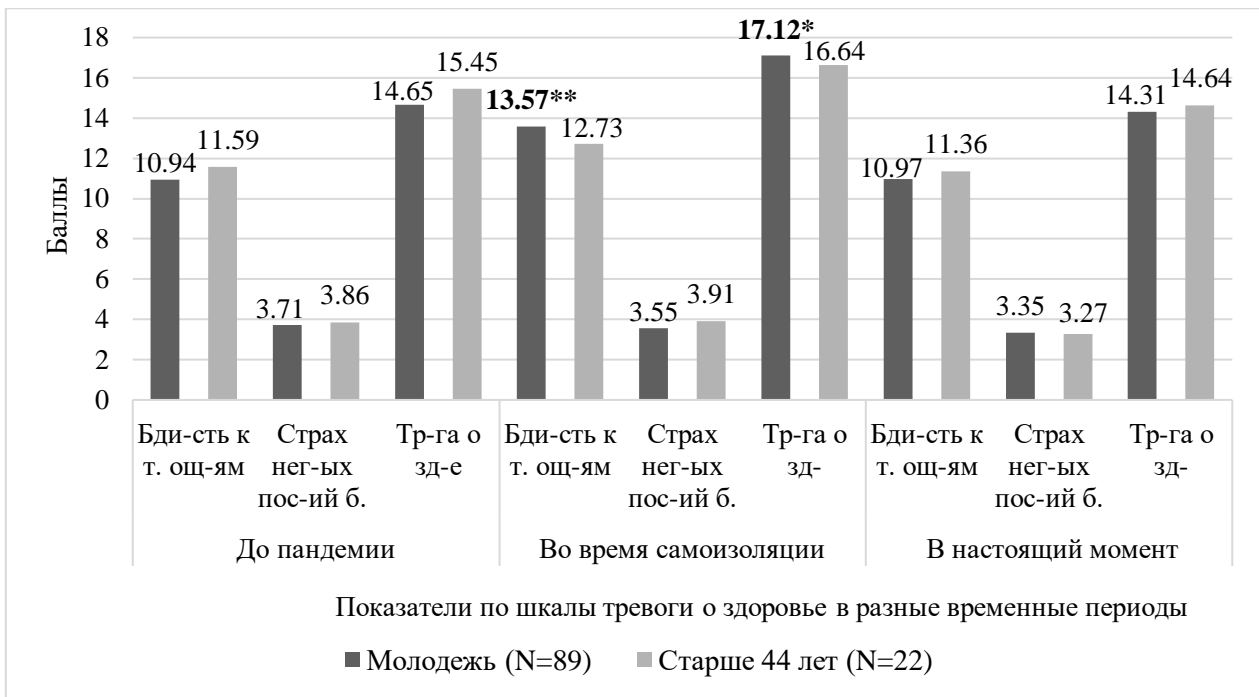


Рисунок 1. Динамика тревоги о здоровье у молодежи и людей старше 45-х лет на разных этапах пандемии.

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$.

Были выявлены значимые различия в ценностных предпочтениях молодежи, при сравнении в периоды до пандемии COVID-19, во время самоизоляции и после завершения самоизоляции: (1) во время самоизоляции повысилась значимость ценностей категорий «безопасность» и «конформизм» и снизилась значимость ценностей категории «самостоятельность», а также ценностей стимуляции, достижений, репутации, универсализма - заботы о природе, «универсализма – заботы о других, традиций, благожелательности – заботы о других; (2) после снятия режима самоизоляции снизилась и соответствуют уровню «до пандемии» значимость ценностей категорий «безопасность» (личная и общественная безопасность) и «конформизм» (конформизм – правила). При этом повысилась значимость ценностей категории «самостоятельность», стимуляции, достижений, власти, а также категории «благожелательность». Причем ценности категории «самостоятельность» (а именно, самостоятельности поступков) и «власти» (власти над ресурсами) становятся более значимыми, а ценности категорий «благожелательности» (как заботы) и «конформизм» (соблюдение правил) - менее значимыми, чем до пандемии COVID-19.

Согласно полученным данным, у молодежи тревога о здоровье стабильно вносит положительный вклад в предпочтение ценностей здоровья (личной безопасности) и межличностного конформизма и отрицательный - в предпочтение ценности традиций на всех этапах исследования. Наряду с этим, обнаружен вклад тревоги о здоровье в другие ценностные предпочтения в условиях пандемии COVID-19, а именно: (1) во время самоизоляции наблюдается положительный вклад тревоги о здоровье в предпочтение еще одной ценности

категории «безопасность» (ценность репутации) и категории «конформизм» (ценность соблюдения правил), и отрицательный вклад - в предпочтение ценностей самостоятельности мыслей и стимуляции; (2) после завершения режима самоизоляции тревога о здоровье, помимо уже описанного стабильного положительного вклада в ценности категорий «безопасность» (личная безопасность) и «межличностный конформизм», и отрицательного – в традиции, вносит отрицательные вклад в предпочтение ценностей категории «власть» (а именно власть над ресурсами) и ценности гедонизма.

Оказалось, что у молодых людей ценность здоровья стабильно положительно связана с личностной тревожностью как до, так и во время пандемии COVID-19, чего не наблюдается у лиц более старшего возраста. В то же время, в обеих возрастных группах тревога о здоровье положительно связана с ситуативной тревожностью. После завершения самоизоляции молодежь определяла здоровье как необходимое условие реализации достижений и сохранения психологического благополучия, в отличие от людей более старшего возраста, которые определяют значимость здоровья как необходимого для реализации заботы о других, наряду с желанием не беспокоить близких. Указанные различия имеют достоверный характер.

Наличие связей ценности здоровья с личностной и ситуативной тревожностями до и во время пандемии COVID-19, наряду со связью тревоги о здоровье с ситуативной тревожностью в настоящее время, можно, проинтерпретировать так, что люди, для которых важна ценность здоровья, склонны к тревожным реакциям и являются группой риска для развития расстройств тревожного спектра, что должны учитывать не только психологи в практической работе, но и другие специалисты системы здравоохранения, понимая особенности психологического статуса обратившегося к ним пациента.

Заключение. Полученные в исследовании данные относительно связи тревоги о здоровье и динамики системы ценностей у молодежи в условиях текущей пандемии COVID-19 вносят определенный вклад в понимание общего вопроса о связи и взаимного обусловливания тревоги и ценностей личности, а также ряда аспектов изменений эмоционально-личностной сферы в условиях угрозы здоровью. Полученные результаты могут быть полезны при оценке эмоционального состояния и оказании психологической помощи пациентам с тревожными расстройствами и людям в стрессовых ситуациях.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФ, грант № 21-18-00624.

Литература

1. Арина Г.А., Иосифян М.А., Николаева В.В. Культурно-исторический подход к внутренней картине здоровья: феномены, структура, онтогенез // Руководство по психологии здоровья. – Москва: Изд-во Московского ун-та, 2019. – С. 56–102.
2. Желонкина Т.А., Ениколопов С.Н., Ермушева А.А. Адаптация русскоязычной версии методики Р. Salkovskis «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Short health anxiety inventory) // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – № 7 (1). – С. 30–37.
3. Ханин Ю. Стресс и тревога в спорте / Сост. Ю. Ханин. М.: Физкультура и спорт, 1983. С. 12–24.

4. Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С., Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России. - Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, No 1. С. 43–70.
5. Bojanowska A., Kaczmarek L., Kościelniak M., Urbańska B. Values and well-being change amidst the COVID-19 pandemic in Poland. 2020. - P. 1-23 10.31234/osf.io/xr87s. [Электронный ресурс] <https://psyarxiv.com/xr87s> (Дата обращения: 23.03.2021)
6. Lau R.R., Hartman K.A., Ware J.E.Jr. Health as a value: methodological and theoretical considerations. Health Psychol. 1986 - Vol. 5(1) - P. 25-43. doi: 10.1037//0278-6133.5.1.25. PMID: 3720718.
7. Salkovskis P.M., Rimes K.A., Warwick H.M., Clark D.M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis // Psychological Medicine. – 2002. – Vol. 32. – P. 843–853.
8. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 — Y2). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983 - P. 42.

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ,
СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ВЛИЯЮЩИЕ НА
ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Переpravina Ю.О.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

psypy@mail.ru

Ключевые слова: индивидуально-психологические особенности, синдром зависимости от алкоголя, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, сделкоспособность.

**INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS
SUFFERING ALCOHOL DEPENDENCE INFLUENCING CIVIL ACTIVITIES
(CAPACITY)**

Perepravina Y.O.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

psypy@mail.ru

Keywords: individual psychological characteristics, alcohol dependence, complex forensic psychological and psychiatric examination, decision making capacity.

Введение. Судебно-экспертная оценка лиц с синдромом зависимости от алкоголя в гражданских делах по признанию сделки недействительной является важным аспектом экспертологии в связи с их распространенностью и повышенной сложностью. Лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, довольно часто, как и лица, страдающие органическими психическими

расстройствами, расстройствами шизофренического спектра, умственной отсталостью [2], оказываются уязвимыми к обману в ситуации совершения имущественных сделок, оформления кредитов и займов, вовлекаются в мошеннические схемы, в связи с чем позже пытаются признать совершенную ими сделку недействительной, обращаются в суд, который в свою очередь назначает комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (либо судебно-психиатрическую экспертизу) по оценке делкоспособности.

В классических работах по судебной психиатрии [1, 5] представлены психические заболевания и их формы, которые наиболее часто встречаются в данного рода экспертизах и которые были описаны в психиатрических исследованиях при решении проблемы оценки делкоспособности. Выделяются основные нозологические группы, которые делятся на хронические и временные психические расстройства. Синдром зависимости от алкоголя в рамках судебно-экспертной оценки относится как к временным психическим расстройствам в форме второй стадии синдрома зависимости от алкоголя, так и к хроническим - синдром зависимости от алкоголя в конечной стадии.

Согласно отечественным психологическим исследованиям, эмоционально-волевые расстройства, характерные для синдрома зависимости от алкоголя, тесно связаны с изменением мотивационной сферы и формированием патологического влечения к алкоголю [4]. Злоупотребление алкоголем приводит к выраженным медико-биологическим и социальным последствиям [1]. Все эти факторы создают повышенную виктимность лиц с психическими и поведенческими расстройствами, увеличивают количество гражданских споров, связанных с тем, что интересы этих лиц ущемляются.

Объектом судебно-экспертного исследования являются особенности психики человека не в целом, а именно в юридически значимых ситуациях, под которыми понимаются юридические значимые периоды времени или ситуации, в которых разворачивается та или иная психическая деятельность подэкспертного лица, оцениваемая с позиции разных юридических критериев [4]. Юридическим критерием делкоспособности является «способность понимать значение своих действий и/или руководить ими на юридически значимый период совершения сделки». Соответственно, задача медицинского психолога в рамках судебно-психологической оценки ответить на вопрос, оказывали ли индивидуально-психологические особенности подэкспертного, структура и динамика его психической деятельности существенное влияние на способность к осознанной регуляции и осмыслению происходящего на момент совершения сделки. При диагностике лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, обнаружено, что между группами, разделенными по экспертному решению, не выявлено значимых различий по патопсихологическому параметру, однако решающим является фактор

индивидуально-психологических особенностей. [3]

Материал и методы. В исследовании приняли участие 35 человек, которые проходили комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу или судебно-психиатрическую экспертизу с участием медицинского психолога в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Все подэкспертные относятся к нозологической группе «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя» (F10). В ходе экспериментально-психологического исследования использовался базовый набор патопсихологических методик, методики на исследование индивидуально-психологических особенностей, такие как «ИТО», «ММИЛ».

Результаты и выводы. В наших исследованиях [3] были обнаружены два механизма нарушения саморегуляции при совершении сделки: 1) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки по механизму податливого к воздействию окружающих поведения при принятии решений, уязвимости к обману, психопатологического мотива сделки; 2) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки по механизму мотивационно-волевого снижения, трудностей формирования намерения, отсутствии интенций к осуществлению какого-либо выбора. Лица, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, превалировали в группе со вторым механизмом, а также в группе лиц, которые могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки.

Для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, которые не могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки, характерны такие индивидуально-психологические особенности как снижение критико-прогностических способностей, выраженное мотивационно-волевое снижение, снижение/неустойчивость мотивационной направленности, сужение круга ценностно-смысловых ориентаций, снижение самоконтроля, инертность, пассивная стратегия совладания со стрессом, трудности в формировании намерений или их нечеткость, необщительность, снижение саморегуляции в субъективно сложных ситуациях.

Для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, которые могли понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки, характерны такие индивидуально-психологические особенности как завышенная самооценка и переоценка себя, отрицание каких-либо затруднений, демонстративность, эгоцентризм, импульсивность, отсутствие выраженной тревожности, устойчивость мотивационной направленности, выраженная общительность и многочисленные поверхностные социальные контакты, способность к социальной адаптации

в малой группе.

Литература

1. Королева Е.В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.01.06. Москва, 2010. 314 с.
2. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2019 году: Аналитический обзор / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П.Сербского” Минздрава России, 2020. – Вып. 28. – 200 с.
3. Переpravина Ю.О. Способность гражданина к совершению сделки: критерии судебно-психологических экспертных оценок [Электронный ресурс] / Ю.О. Переpravина // Психология и право. 2021. Том 11. № 4. С. 153-168. Режим доступа: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2021/n4/perepravina.shtml>
4. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. М.: Издательство Юрайт, 2014. 421 с.
5. Харитонов Н.К., Королева Е.В., Корзун Д.Н. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших имущественные сделки, в гражданском процессе (критерии экспертной оценки): Пособие для врачей // О современных видах и методах комплексных судебно-психиатрических экспертных исследований / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2008. С. 131-162.

ОПРОСНИК АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ АПРОБАЦИИ

Польская Н.А.^{1,2}, Кузнецова-Фетисова А.А.³

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

polskayana@yandex.ru

² ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

³ ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

nastasyabelous@mail.ru

Ключевые слова: разработка опросника, аутодеструктивное поведение, юношеский возраст.

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE: RESULTS OF PRIMARY VALIDATION

Polskaya N.A.^{1,2}, Kuznetsova-Fetisova A.A.³

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

polskayana@yandex.ru

² FSBI Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

³ SBHI N.A. Alekseev PCH №1, Moscow, Russia

nastasyabelous@mail.ru

Keywords: questionnaire development, self-destructive behavior, youth.

Введение. Проявления аутодеструктивного поведения повышают риск нарушений

физического и психического здоровья, включая инвалидность и преждевременную смерть. Тенденция к росту аутодеструктивного поведения, особенно в подростково-юношеской популяции, отмечается многими специалистами [1, 2, 6, 12], поэтому особую актуальность приобретает разработка методик комплексной оценки аутодеструктивного поведения, учитывая, что разные виды саморазрушения нередко связаны между собой. Так, американские исследователи предлагают опросник рискованного, импульсивного и саморазрушительного поведения (RISQ), в рамках которого они выделяют восемь шкал – употребление наркотиков, агрессия, самоповреждающее поведение, азартные игры, рискованное сексуальное поведение, импульсивное питание, злоупотребление алкоголем и безрассудное поведение [13]. В отечественной психологии под аутодеструктивным или саморазрушительным поведением [6] подразумевается намеренное причинение себе вреда или совершение действий, которые имеют негативные последствия для индивида. В рамках данного понятия объединяются суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение, употребление ПАВ, нарушения пищевого поведения, рискованное сексуальное поведение и др. [9, 12]. Несмотря на наличие достаточного числа шкал и опросников, направленных на оценку конкретного вида аутодеструктивного поведения, в некоторых случаях, например, при проведении скрининговых исследований в популяции, полезно использовать инструменты, позволяющие дать обобщенную оценку выраженности аутодеструктивных тенденций.

Цель. Разработка опросника, направленного на оценку аутодеструктивного поведения, с выделением таких шкал как (1) употребление алкоголя и (2) наркотических веществ, (3) употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния, (4) курение, (5) склонность к рискованному поведению и (6) нарушения пищевого поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 175 человек, из которых 117 – женского пола, 58 – мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет. Из них 14 имеют среднее образование; 29 – высшее; 8 – неоконченное высшее; 124 – на момент исследования указали, что обучаются в вузе и являются студентами. Исследование было проведено в двух форматах: очного индивидуального тестирования и онлайн-тестирования; опрос респондентов проводился на условиях анонимности и добровольного согласия. В первоначальную версию опросника были включены 40 утверждений с выбором ответа по шкале Ликерта: от 1 – «совершенно не верно» до 5 – «совершенно верно». Проверка на ретестовую надежность проводилась спустя 10-15 дней после первичного тестирования. Для проверки конвергентной валидности использовались: (1) опросник эмоциональной дисрегуляции [10]; (2) краткий пятифакторный опросник личности [11], (3) опросник «Стратегии совладающего поведения» [3]; (4) опросник причин самоповреждающего поведения [7].

Результаты и обсуждение. Первичная проверка факторной структуры опросника

проводилась с помощью эксплораторного факторного анализа (метод главных компонент с Варимакс-вращением). Было выделено пять факторов. Не удалось выделить шкалу склонности к нарушениям пищевого поведения. Исходя из результатов факторизации, были получены следующие шкалы: (1) курение – 5 пунктов; (2) склонность к рискованному поведению – 11 пунктов; (3) употребление наркотических веществ – 4 пункта; (4) употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния – 5 пунктов; (5) употребление алкоголя – 5 пунктов. Содержание пунктов с соответствующими им факторными нагрузками, и их распределение по шкалам представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты факторного анализа

Повернутая матрица компонентов					
Пункты опросника	Компонент				
	1	2	3	4	5
<i>Фактор 1: курение</i>					
27. Я люблю курить	0,92				
9. Я курю	0,91				
21. Я чувствую удовлетворение, когда затягиваюсь сигаретой	0,88				
3. Курение успокаивает меня	0,86				
15. Хорошая сигарета – немаловажный атрибут хорошего отдыха	0,83				
32. Когда я сильно нервничаю, то мне надо покурить или что-то	0,78				
<i>Фактор 2: склонность к рискованному поведению</i>					
37. Люблю рисковать		0,77			
25. Я готов рискнуть, чтобы пережить что-то новое		0,74			
33. Мне нравится работа, в которой есть элемент опасности		0,72			
7. Осторожный человек – это не про меня		0,66			
13. Я совершал рискованные поступки только ради острых ощущений		0,64			
35. Можно рискнуть, если уверен в своих силах		0,61			
19. Иногда я совершенно не думаю о последствиях своих поступков		0,50			
1. Правила придуманы для того, чтобы их нарушать		0,48			
31. Ненавижу любые расписания		0,47			
38. Делать скучную работу – это не для меня		0,45			
36. Я говорю, что думаю, даже если это не в моих интересах		0,42			
<i>Фактор 3: употребление наркотических веществ</i>					
12. Я принимал наркотические вещества			0,92		
24. На своем опыте знаю, как могут действовать наркотические вещества			0,91		
6. В компании с друзьями мне приходилось принимать наркотические вещества			0,87		
30. Я попробовал наркотики, чтобы узнать, что это			0,82		
<i>Фактор 4: употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния</i>					
26. Чтобы успокоиться, я принимаю таблетки				0,85	

14. Иногда я принимаю таблетки, чтобы улучшить свое настроение				0,72	
2. Когда я не могу уснуть, то принимаю снотворное				0,70	
20. Я часто принимаю лекарства, не требующие рецепта				0,62	
8. Иногда я принимаю таблетки «на всякий случай», даже если меня ничего не беспокоит				0,53	
<i>Фактор 5: употребление алкоголя</i>					
16. Мне нравится вкус алкоголя					0,77
22. Когда я выпиваю, мне становится хорошо					0,76
10. Я могу выпить больше алкоголя, чем большинство из моих друзей					0,54
40. Я стараюсь не отказывать себе в исполнении своих желаний					0,52
28. Иногда я думаю, как бы хорошо почувствовать вкус спиртного					0,47

Примечание: Метод главных компонент с варимакс-вращением с нормализацией

Кайзера.

Согласованность пунктов в выделенных шкалах (α Кронбаха) оказалась приемлемой: курение ($\alpha = 0,95$); склонность к рискованному поведению ($\alpha = 0,83$); употребление наркотических веществ ($\alpha = 0,94$); употребление лекарственных препаратов для изменения своего текущего состояния ($\alpha = 0,75$), употребление алкоголя ($\alpha = 0,71$). Показатели ретестовой надежности ($n=94$) шкал были достаточными ($r_s=0,7-0,8$). Проверка связей между шкалами опросника продемонстрировала значимые ($p<0,01$), но преимущественно невысокие корреляции ($r_s=0,27-0,45$), что свидетельствует об относительной независимости выделенных шкал друг от друга. При проверке половых различий более высокие значения были обнаружены у мужчин по шкале курения (критерий Манна-Уитни, $p=0,006$). Значимые связи ($p<0,05$) были получены между шкалами опросника аутодеструктивного поведения и шкалами:

- опросника эмоциональной дисрегуляции – избеганием, руминацией и трудностями ментализации ($r_s=0,18-0,38$);

- опросника Большой пятерки – эмоциональной стабильностью и добросовестностью ($r_s=-0,46- -0,67$), экстраверсией ($r_s=0,40-0,49$);

- опросника «Стратегии совладающего поведения» – конфронтацией, бегством-избеганием ($r_s=0,23-0,37$).

- общим показателем частоты самоповреждений, инструментальными и соматическими самоповреждениями ($r_s=0,26-0,37$).

Как показывают результаты корреляционного анализа, проявления аутодеструктивного поведения тесно взаимосвязаны с эмоционально-личностными факторами [9], а некоторые личностные черты могут как усиливать (экстраверсия), так и ослаблять (эмоциональная стабильность, добросовестность) тенденцию к саморазрушению. Отрицательная связь

эмоциональной стабильности и добросовестности с аутодеструктивным поведением очевидна: чем более выражены признаки эмоциональной нестабильности (нейротизма) и чем более выражены трудности с самодисциплиной и рассудительностью (добросовестностью), тем более уязвима личность к аутодеструктивному поведению. Интересно, что экстраверсия оказалась положительно связана со шкалами аутодеструктивного поведения, что, по всей видимости, обусловлено его коммуникативной функцией. Аутодеструктивные практики оказываются как способом поддержания близости с референтной группой, так и способом конфронтации с теми, кто к этой референтной группе не принадлежит, поэтому деструктивный копинг – конфронтация – оказался значимо связан со шкалами аутодеструктивного поведения.

Все шкалы аутодеструктивного поведения продемонстрировали значимые связи со шкалой избегания опросника эмоциональной дисрегуляции и частично – с еще одним деструктивным копингом – бегством-избеганием, что может служить подтверждением теоретических представлений об аутодеструктивном поведении как избегающем. Выявленные связи шкал опросника с самоповреждающим поведением ожидаемы, так как распространенность суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждений среди лиц с клинически выраженными нарушениями психического здоровья (например, аддиктивными расстройствами, депрессией, пограничным расстройством личности и др.), сопровождающимися разными формами аутодеструкции, высока [4; 5; 7; 8]. Кроме того, в основе самоповреждающего поведения, как и других видов саморазрушения, может находиться общий механизм эмоциональной дисрегуляции – избегание эмоционально болезненного опыта [7].

Выводы. Таким образом, опросник аутодеструктивного поведения на этапе первичной валидации показал удовлетворительные характеристики. В рамках его усовершенствования нами были уточнены некоторые формулировки пунктов и включены новые вопросы, относящиеся к нарушениям пищевого поведения. В настоящий момент проводится проверка доработанной версии опросника.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я. Аутодеструктивное поведение подростков// Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 52 – 62.
2. Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-педагогической помощи / Автор-составитель – Польская Н.А. Методические рекомендации [Электронный ресурс]. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019. 58 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. 35 с.
4. Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Зубарева О.В., Черная М.И. Клинико-психологические особенности аддиктов с незавершенными суицидальными попытками // Психология и право. 2015. Т. 5. № 4. С. 49–70.

5. Зверева М.В., Печникова Л.С. Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. Т. 2. № 4.
6. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования. Л., 1990. С. 77–82.
7. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд, 2017. 320 с.
8. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2011.
9. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. №4. С. 176–190.
10. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 71–93.
11. Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности // Экспериментальная психология. 2016. Том 9. № 3. С. 138–154.
12. Соколова Е.Т. Аутодеструктивное поведение молодежи: клиничко-психологические и социокультурные ракурсы проблемы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. №2. С. 225–226.
13. Sadeh N., Baskin-Sommers A. Risky, impulsive, and self-destructive behavior questionnaire (RISQ): A validation study // Assessment. 2017. Vol. 24. №. 8. P. 1080–1094.

ГОТОВНОСТЬ РУССКОЯЗЫЧНОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ, БЕЛАРУСИ И КАЗАХСТАНА К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 В 2020-2022 И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕЁ ФАКТОРЫ

Радионо́в Д.С.¹, Сорокин М.Ю.¹, Караваева Т.А.^{1,2,3,4}, Лутова Н.Б.¹

¹ ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

⁴ ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: covid-19, вакцинация, пандемия.

RUSSIAN-SPEAKING POPULATION READINESS IN RUSSIA, BELARUS AND KAZAKHSTAN FOR VACCINATION AGAINST COVID-19 IN 2020-2022 AND FACTORS DETERMINING IT

Radionov D.S.¹, Sorokin M.Yu.¹, Karavaeva T.A.^{1,2,3,4}, Lutova N.B.¹

¹ FSBI V.M. Bekhterev NRMC PN, St. Petersburg, Russia

² FSBI HE SPbSU, St. Petersburg, Russia

³ FSBI HE SPbSPMU, St. Petersburg, Russia

⁴ FSBI N.N. Petrov NMRC of oncology, St. Petersburg, Russia

Keywords: covid-19, vaccination, pandemic.

Актуальность. Пандемия COVID-19 оказала серьезное влияние на психическое здоровье и благополучие населения во всем мире. Одной из ключевых составляющих профилактики распространения инфекционных заболеваний выступает вакцинация. Тем не менее, несмотря на высокие риски заболевания COVID-19, наблюдается массовое неодобрение и враждебность по отношению к вакцинации и ограничительным мерам, направленным на борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Распространение дезинформации о вакцинах, имеющее давнюю историю еще в 18 и 19 веках, увеличивает недоверие к иммунопрофилактике, но, в свою очередь, основывается на различных убеждениях об источниках здоровья и болезни, принятых в обществе. Считается, что скепсис в отношении вакцин является одной из глобальных угроз для здоровья и достижения иммунитета населения против инфекций. В связи с чем, представляют интерес популяционные данные об отношении к вакцинации внутри максимально большого числа социальных подгрупп.

Цели и задачи. Целью данного исследования стало проведение систематического обзора и качественного синтеза научной информации о готовности к вакцинации против COVID-19 среди русскоязычного населения России, Беларуси и Казахстана, и факторах, на неё влияющих. Задачи исследования включали: проведение обзора научных статей на русском языке, оценивающих отношение населения к вакцине и проведению вакцинопрофилактики; экстракция данных о распространённости готовности и неготовности к вакцинации против COVID-19; анализ исследованных факторов отношения иммунопрофилактике.

Материалы и методы. Критериями включения публикаций в исследование были: 1) статьи, проиндексированные в национальной библиографической базе данных научного цитирования Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) по ключевым словам, релевантным цели обзора; 2) оригинальные медицинские исследования, проводимые на русском языке в период с 01.01.2020 по 28.02.2022; 3) публикации в рецензируемых научных журналах. Критериями исключения были: 1) статья не ставила своей целью оценку отношения к вакцинации против COVID-19 и/или факторов, определяющих его в ходе онлайн или очных опросов всего населения, и/или особых социальных групп (медицинских работников, студентов и т.д.); 2) публикация статьи на языке, отличном от русского; 3) отсутствие открытого доступа к полному тексту публикации. Основными поисковыми запросами в базе данных РИНЦ были: «COVID», «COVID-19», «коронавирусная инфекция», «вакцинация», «отношение». Осуществлялся разбитый на этапы поиск публикаций с наличием указанных слов и/или их сочетанием в названии публикации и ключевых словах с параметром учёта вариантов морфологии (рисунок 1). Тип публикации был представлен статьями в журнале, опубликованными с 01.01.2020 по момент проведения обзора (28.08.2022). Этап 1. При

поисковом запросе «COVID», «COVID-19» было найдено 13557 статей. Указанные статьи были представлены различными тематиками. Этап 2. При дальнейшем выборе разделов «клиническая медицина», «медицина и здравоохранение» было отсортировано 11682 статей, что составило 86% от общего числа публикаций по запросу «COVID», «COVID-19» с 01.01.2020 по 28.08.2022 годы. Этап 3. При дальнейшем поисковом запросе использовалось сочетание слов «COVID», «COVID-19», «коронавирусная инфекция», «вакцинация», «отношение», в результате было получено 20 публикаций, соответствующие критериям включения.

Результаты и их обсуждение. Проведённый анализ выявил ряд существенных фактов. Несмотря на исключительную значимость для общественного здравоохранения вопроса готовности к вакцинации населения в условиях неконтролируемого развития пандемии COVID-19, а также с учётом новизны для общества ситуации распространения новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, репрезентативных или достаточно обширных популяционных всероссийских исследований, ставивших своей целью определение факторов отношения к вакцинации у русскоязычного населения, к лету 2022 года проведено мало: 6 публикаций (69,4% исследованной базы), с суммарной выборкой респондентов N=8558. При относительно большом итоговом числе участников опросов, все включённые в анализ исследования были описательными по своей природе и не включали в структуре предлагавшихся респондентам вопросов элементы общепризнанных моделей прогнозирования поведения, связанного со здоровьем (теория запланированного действия, модель убеждений о здоровье, социально-когнитивная теория и др.). В англоязычной литературе, напротив, использование теоретических парадигм для изучения поведения, связанного с вакцинацией, зачастую, является основополагающим критерием отбора релевантных анализу исследований. Несмотря на преимущественно описательные данные, достаточно надёжными являются сведения, полученные о распространённости установок готовности и неготовности к вакцинации, которые составили для русскоязычной популяции 47% и 30% соответственно. Это характеризует суммарную выборку обзора как настроенную более скептически к вакцинации против COVID-19, чем, например жители США (аналогичные показатели 52% и 22% население стран европейского региона (доля несогласных от 3,7% до 24% или стран с низким и средним уровнем среднедушевого дохода (доля готовых к вакцинации 78%; здесь полученные нами данные значительно расходятся с альтернативной оценкой готовности к вакцинации в России: 30,4%). При атеоретичности предпосылок большинства проанализированных исследований, полученные в них описательные данные о факторах готовности к иммунопрофилактике совпали со многими аналогичными международными исследованиями: предрасполагающими к благоприятному

отношению к вакцинации являлись мужской пол, зрелый возраст, более высокий уровень образования респондентов. Прямое сопоставление остальных полученных в данном обзоре предикторов с литературными сведениями затруднено. Наибольшим препятствием здесь является принципиально различный подход к оценке факторов согласия на вакцинацию в отечественных и зарубежных исследованиях. Так большинство переменных, выявленных в данном обзоре как бинарные предикторы согласия/сомнения/несогласия, в международных исследованиях учитываются как континуальные, отражающие процесс формирования поведения, связанного со здоровьем. Например, недоверие специалистам, фармкомпаниям, качеству вакцин, а также отношение к российской медицине – соответствуют измеряемой в широких пределах категории «доверия» в европейских, африканских и азиатских обществах. Переменные, отражающие степень изученности вакцины, опасность COVID-19, снятие ограничений, страх побочных эффектов и COVID-19 в анамнезе, существенные для формирования отношения к вакцинации в русскоязычной популяции, в зарубежных исследованиях также преимущественно учитываются как континуальный фактор, в частности, в рамках теории запланированного действия – как «воспринимаемый поведенческий контроль», который может выступать в роли модератора эффектов остальных компонентов теории запланированного действия. Среди таких дополнительных компонентов, которые семантически близки выявленным в ходе данного обзора факторам «влияние СМИ» и «мнение экспертов», в зарубежных публикациях обычно учитывается концепт «индивидуальных норм», также являющихся составным элементом теории запланированного действия. Наконец, важнейшим по данным многих исследований предиктором готовности к вакцинации, также подтверждённым для русскоязычной популяции, является положительное отношение к вакцинации в целом – компонент «отношение» в теории запланированного действия. Ограничения в методологии проведения и сообщения результатов проанализированных в обзоре исследований позволяют сформулировать рекомендации для реализации отечественных клиничко-психологических и клиничко-социологических исследований в будущем, которые позволят существенно повысить информативность и надёжность получаемых в них данных: следование стандартам представления научной методологии и результатов исследований, а также использование в качестве предпосылок популяционных исследований теоретических моделей описания поведения, связанного со здоровьем.

Проведённый обзор предметного поля (scoping review) выполняет большинство современных требований для проведения систематического обзора, выдвигаемых экспертным сообществом для реализации и представления систематических обзоров и метаанализов PRISMA. С рядом объективных причин связано невыполнение некоторых элементов чек-листа PRISMA (реализация первоначального протокола, синтез результатов). Во-первых,

подробность представления данных в опубликованных исследованиях недостаточная, что в более чем трети случаев не позволяет извлечь необходимые описательные сведения о проведённом исследовании. Во-вторых, гетерогенность представления данных, методологическая неоднородность исследований, обеспечивающая, с одной стороны, необходимое для научного поиска разнообразие точек зрения на проблему, в ряде случаев делает невозможным формирование достаточной по объёму исследовательской выборки, объединяющей несколько публикаций для ответа на общий исследовательский вопрос в соответствии с целью систематического обзора. В представленном исследовании единственным, доступным для подобного анализа вопросом являлась доля респондентов, согласных или несогласных на проведение вакцинации. Оценка систематических искажений (смещений) в отношении исследовательского вопроса о готовности к вакцинации, ассоциированных с половыми, возрастными, иными социально-демографическими переменными, была не правомочна. Большинство включённых публикаций (n=14, 84,4% объединённой выборки) сообщали о степени согласия с иммунопрофилактикой, и лишь несопоставимое меньшинство (от 8 до 14 публикаций, в зависимости от оцениваемого параметра) представляли достаточные сведения об экспериментальной выборке. В-третьих, выявленные недочёты в представлении данных исследованных публикаций определили необходимость корректировки первоначального протокола обзора и исключение анализа роли социально-демографических факторов в формировании согласия с вакцинацией.

Выводы. Представленные на русском языке исследования, посвящённые оценке популяционного отношения к вакцинации против COVID-19, совпадают с литературными данными международных научных результатов: значимы факторы отношения к качеству разрабатываемой вакцины, влияния СМИ и иных источников информации, общего отношения к пандемии COVID-19 и др. В русскоязычной популяции выявлены высокие уровни неготовности вакцинироваться против COVID-19 (30%) и сравнительно низкие показатели готовности к иммунопрофилактике (47%). Существенному повышению информативности и надёжности данных может служить опора исследователей на теоретические модели описания поведения, связанного со здоровьем, среди которых теория запланированного поведения имеет в настоящее время наибольший уровень доказательной применимости при оценке поведения населения в ситуации пандемии.

**ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАЧЕСТВЕННЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ПРОБЛЕМНЫЕ
СИТУАЦИИ»**

Русаковская О.А.^{1,2}

¹ ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, недееспособность, методы, проблемные ситуации.

**POSSIBILITIES OF STATISTICAL PROCESSING OF QUALITATIVE RESULTS OF
THE FORENSIC ASSESSMENT INSTRUMENT «PROBLEM SITUATIONS»**

Rusakovskaya O.A.^{1,2}

¹ FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

² FBI HE MSUPE, Moscow, Russia

rusakovskaya.o@serbsky.ru

Keywords: forensic assessment, legal incapacity, methods, problem situations.

Введение. При планировании дизайна любого исследования, направленного на изучение особенностей психической деятельности, основной проблемой является выбор между применением стандартизированных количественных или качественных методов. Количественные методы являются более удобными как для сбора первичного материала, так и для его статистической обработки, но направлены на измерение заданных самой методикой конструктов. Результаты качественных исследований часто воспринимаются как более субъективные, однако именно такие исследования, несмотря на все их недостатки, наилучшим образом позволяют «получить информацию о «человеческой» стороне вопроса», понять, как устроена реальность, т.е. позволяют решать научные задачи, недостижимые для количественных методов исследования [2, 3]. При этом одной из задач качественного исследования должна быть операционализация параметров, валидность которых в последующем может быть проверена, в том числе, математическими методами. Цель настоящего исследования - выделение параметров оценки методики «Проблемные ситуации», которая разработана как один из судебно-психиатрических методов исследования способности «понимать значение своих действий» [1].

Материалы и методы. Материал исследования – 52 человека, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в связи с решением вопроса об изменении гражданско-правового статуса (о признании недееспособным – 20 человек; о повышении гражданско-правового статуса лица, признанного ранее недееспособным – 32 человека). При судебно-психиатрической экспертизе 28 испытуемым был установлен диагноз шизофрении, 16 – легкой и умеренной умственной отсталости, 8 – органического психического расстройства. Методы исследования включали стандартные методы судебно-психиатрического исследования: клинико-психопатологический (анамнез, катамнез, анализ симптомов психического расстройства), клинико-психологический, экспериментально-психологический (обследование проводилось медицинскими психологами центра). Методика «Проблемные ситуации» проводилась со всеми испытуемыми автором лично. В протоколах дословно фиксировались ответы испытуемых, реакция испытуемого на задания, все виды помощи, например, дополнительные или уточняющие вопросы. В дальнейшем для обработки результатов был применен контент анализ.

Результаты. На первом этапе была сформирована таблица, отражающая всю совокупность высказываемых испытуемыми суждений по каждой проблемной ситуации, относящиеся к следующим категориям: причины возникновения ситуации; возможные последствия; пути решения. Для каждого нового суждения формировалась отдельная строка в таблице. Наличие/отсутствие в ответе конкретного испытуемого того или иного суждения отмечалось бинарным кодом (есть – 1; нет – 0). Дополнительная категория отражала качественные особенности мышления испытуемого, проявившиеся при выполнении задания, которые также кодировались «1» или «0». Аналогично первой совокупности высказываемых суждений, в этой категории новые параметры вводились нами по мере их появления. Итоговый вариант таблицы, кроме ожидаемых качественных характеристик мышления, таких как замедленность, конкретность, обстоятельность, соскальзывания и т.д., содержал такие как, например, «несоответствие выделяемых причин путям решения», «обращение к личному опыту», «наличие четкой позиции», «рассуждательство о высоком». На втором этапе полученная таблица была транспонирована. В категории «качественные особенности мышления» оценки в 10 проблемных ситуациях по каждому из параметров были суммированы с получением каждым испытуемым итогового балла от 0 до 10 по каждой из встретившихся в общей совокупности характеристик. В каждой из трех категорий, относящихся к содержанию ответов, отдельные суждения были объединены в подкатегории, которые определялись содержанием проблемной ситуации. Так, по Проблемной ситуации №4, связанной с оформлением завещания, в общей совокупности суждений были выделены следующие подкатегории:

1. Ориентировка в гражданско-правовых вопросах: правильное понимание сути завещания, понимание особо крупного характера сделки, понимание рисков крупных сделок, знание правил наследования по закону и прав родственников, понимание возможности родственников оспорить завещание, понимание гражданско-правовых последствий владения недвижимостью.
2. Собственная позиция испытуемого по предложенной ситуации: наличие четкой собственной позиции; приоритет родственных связей; приоритет свободы личного волеизъявления; приоритет справедливости (кто ухаживал, тот и должен получить квартиру).
3. Оптимальное, с точки зрения испытуемого, и предусмотренное проблемной ситуацией решение: оставить квартиру соседке, оставить квартиру детям, завещать часть квартиры, продать квартиру и поделить.
4. Иные разумные варианты решения проблемной ситуации: жениться на соседке и прописать ее в квартиру; оформить с соседкой договор ренты; отблагодарить соседку иным образом.
5. Предложение испытуемым таких вариантов решения проблемной ситуации, которые вряд ли могут быть реализованы или которые не учитывают риски совершения тех или иных юридически значимых действий: «стать самостоятельным»; «чтобы жили в квартире и соседка, и дети»; «предложить соседке стать опекуном»; «переписать квартиру соседке, чтобы она могла там жить».
6. Предложение вариантов решения, предполагающих получение дополнительной юридической помощи.

Выводы. Полученные результаты позволяют проводить обработку данных как в общей совокупности, так и в отдельных группах испытуемых, используя такие статистические методы, как частотный, кластерный, факторный анализ. В целом, возможность на примерах конкретных проблемных ситуаций, связанных с социальными отношениями, здоровьем, распоряжением имуществом, чрезвычайными событиями исследовать уровень осведомленности испытуемого, адекватность и глубину понимания причин произошедшего, способность прогнозировать последствия, находить и оценивать альтернативные решения, по мнению автора очень важна для экспертной оценки «разумности действий и поступков человека» [5; 6] или, в судебно-психиатрическом контексте, его способности «понимать значение своих действий». Разработка и применение в судебно-психиатрической практике подобных методик будет способствовать повышению качества экспертных исследований, большей объективности и доказательности экспертных заключений [4].

Литература

1. Русаковская О. А. Методика "проблемные ситуации" при проведении судебно-психиатрических экспертиз // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн): Материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 25–26 ноября 2021 года. – Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2021. С. 218 – 220.
2. Харькова О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н., Горбатова М.А., Гржибовский А.М. Введение в методологию качественных исследований // Психическое здоровье. 2017. №4. С. 3 – 9.
3. Харькова О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н., Гржибовский А.М., Крупченко Д.А. Качественные исследования в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. 2016. №12. С. 54 – 59.
4. Харитоновна Н. К., Русаковская О.А. Психометрические методики зарубежной судебно-психиатрической практики и их теоретическая основа // Российский психиатрический журнал. 2018. № 5. С. 64-73.
5. Харитоновна Н.К., Русаковская О.А., Королева Е.В., Васянина В.И. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом: Аналитический обзор. М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, 2016. 96 с.
6. Холодковская Е.М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. М., 1967. 112 с.

ОБ ОДНОМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПОМОЩИ И НОВЫЕ ФОРМЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

Семенова Н.Д.¹

¹ ФГБУ МНИИП, филиал ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

niyami2020@gmail.com

Ключевые слова: субъективный опыт болезни, концепция личностно-социального восстановления, «Открытый диалог», пациенты-исследователи.

ABOUT ONE OF THE DIRECTIONS OF MODERN CLINICAL PSYCHOLOGY: SERVICE USERS AND NEW FORMS OF COOPERATION

Semenova N.D.¹

¹ FSBI MRIP – a branch of V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

niyami2020@gmail.com

Keywords: the lived experience of psychosis, recovery from mental illness, «Open dialogue», experts by experience.

Изучение субъективного или «живого» опыта больного – весьма важно. До недавнего времени изучение переживаний пациентов в психиатрии было ограниченным. Данный сегмент исключался из-за сложности наблюдения за субъективной жизнью, сложности включения ее

в причинно-следственные связи. По мнению известного философа-феноменолога М. Мерло-Понти [Цит. по 12], данный сегмент (субъективность) – суть «изъян в великом бриллианте мира», некий непокорный объяснительный вброс, заложенный в каждом. Вместе с тем, исследователями предпринимались попытки интенсивно сотрудничать с пациентами, опыт которых изучался. Недавние работы, опубликованные в высокорейтинговых психиатрических журналах [4, 10], систематический обзор и доказательный синтез качественных данных субъективного опыта пациентов, представленные здесь – суть продолжение богатой феноменологической традиции К. Ясперса и Гейдельбергской школы.

Субъективный или «живой» опыт психически больного нашел свое отражение в концепции, по своему революционному влиянию стоящей на одном уровне с де-институционализацией в психиатрии. Речь идет о концепции личностно-социального восстановления (Recovery) [2]. Личностно-социальное восстановление рассматривается не как *результат*, который можно оценить с помощью объективных внешних критериев, а как индивидуальный опыт и *процесс*. По мнению пациентов, объективные внешние критерии не коррелируют с их, пациентов, субъективным ощущением улучшения, не отслеживают собственно процесс овладения навыками, процесс изменения самоощущения и т.п. Концептуальные модели выздоровления разрабатывались через анализ текстов: рассказов, самоотчетов, исповедей. Ворвавшаяся в психиатрию концепция Recovery повлияла на многое: на службы охраны психического здоровья, которые стали Recovery-ориентированными, на научные исследования в психиатрии и клинической психологии. Ведущая роль здесь отводилась качественным исследованиям с использованием соответствующих средств анализа текстов: тематического контент-анализа, интерпретативного феноменологического анализа, анализа дискурса, нарратив-анализа, Q-методологии и др. [7, 8, 9].

Включение личностно-социального восстановления в цели (традиционного) клинического выздоровления, диалог врачей и пациентов в рамках движения Recovery привело к тому, что в разных странах мира появились свои ключевые игроки на этом поле, ролевые модели или лидеры движения потребителей помощи [5, 11]. Появление и развитие такого рода новых форм сотрудничества было своего рода ответом на неудовлетворенность пациентов и врачей традиционной биологически ориентированной психиатрией, психофармакологическими методами лечения [5]. Известно, например, что продолжительность жизни пациентов с шизофренией на 25-30 лет меньше продолжительности жизни здоровых лиц, и ключевыми причинами здесь являются сердечно-сосудистая патология, дислипидемия и др., как побочные действия длительного приема лекарств [6]. Ведущее место среди новых форм сотрудничества и помощи, ориентированной на личностно-социальное восстановление, занимает «Открытый диалог» [13]. Этот подход широко распространен в

мире [16], и основные его принципы включают опору на социальную сеть значимых других, ответственность команды специалистов в определении потребностей пациентов, психологическое сопровождение, непрерывность и преемственность помощи, толерантность к неопределенности, диалогизм и «щадающую» психофармакотерапию.

Выделим два психологических конструкта, составивших, на наш взгляд, ориентировочную основу действий создателей данного подхода. Первый – это толерантность к неопределенности. Понятие введено психологом Э. Френкель-Брунстик [3] и определяется как отношение к динамически меняющейся, вероятностной и противоречивой стимуляции. Нетерпимость к неопределенности описывается как тенденция принимать решения по типу «черное-белое», торопиться быстро все прояснить, игнорируя сложные реалии и отвергая в этом стремлении к ясности – потребности других людей, пациентов и их родственников. В контексте данного подхода это звучит так: «Будьте толерантны к неопределенности, не торопитесь с диагнозом». Второй – это диалог, *открытый диалог* по М.М. Бахтину [1], когда всем сторонам – пациенту, его семье, врачам и значимым другим – дают возможность высказаться.

Пионером в деле привлечения пациентов (потребителей помощи) к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег считают Til Wykes [17]. Ею, совместно с пользователями, написана большая серия книг и статей [15 и др.]. Пациенты, выступающие в данном качестве, разрабатывают методологию исследования, выстраивают приоритеты, указывают на важные клинические реалии и примеры [14]. Новые формы сотрудничества с пациентами (потребителями помощи), привлечение их к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег – суть основа для построения доверия и терапевтического альянса, основа для разработки и выбора диагностических и терапевтических методов.

Литература

1. Бахтин М. М. (1979). Эстетика словесного творчества. Рипол Классик.
2. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s //Psychosocial rehabilitation journal. – 1993. – Т. 16. – №. 4. – С. 11–23.
3. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable //Journal of Personality. – 1949. – №. 18.– С. 108-143.
4. Fusar-Poli P. et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics //World Psychiatry. – 2022. – Т. 21. – №. 2. – С. 168-188.
5. Groot P.C., van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication //Therapeutic advances in psychopharmacology. – 2020. – Т. 10. – С. 2045.
6. Hjørthøj C. et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis //The Lancet Psychiatry. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 295-301.
7. Keetharuth A.D. et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties //The British Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 212. – №. 1. – С. 42-49.
8. Knight M.T.D., Wykes T., Hayward P. 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) //Journal of Mental Health. – 2003. – Т. 12. – №. 3. – С. 209-222.

9. Pallesen K. et al. An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder //Journal of Mental Health. – 2020. – Т. 29. – №. 3. – С. 358-363.
10. Ritunano R. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis //The Lancet Psychiatry. – 2022. – Volume 9. – №. 6. – June 2022, Pages 458-476.
11. Rose D., Evans J., Sweeney A., Wykes T. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users //International Review of Psychiatry. – 2011.– Т. 23(1). – С. 41-46.
12. Sass L. “A flaw in the great diamond of the world”: Reflections on subjectivity and the enterprise of psychology (A diptych) //The Humanistic Psychologist. – 2020. – Т. 50(1). – С. 3-32.
13. Seikkula J. et al. Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia //Ethical human sciences and services. – 2003. – Т. 5. – №. 3. – С. 163-182.
14. Semenova N. Schizophrenia research involving mental health service users: From subjects to partners //The 8th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR). ECSR 2021. Virtual. 23 – 25 September 2021.
15. Trivedi P., Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research //The British Journal of Psychiatry. – 2002. – 181(6). – С. 468-472.
16. Wusinich C. et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support //Community mental health journal. – 2020. – Т. 56. – №. 6. – С. 1033-1043.
17. Wykes T. et al. Mental health research priorities for Europe //The Lancet Psychiatry. – 2015. – 20152(11), 1036-1042.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Сокуренько Е.Е.¹, Мешкова Т.А.¹

¹ ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

eel.selivanova@gmail.com

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, семейные взаимоотношения.

FEATURES OF FAMILY RELATIONSHIPS IN EATING DISORDERS ACCORDING TO FOREIGN STUDIES

Sokurenko E.E.¹, Meshkova T.A.¹

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

eel.selivanova@gmail.com

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family relationships.

Расстройства пищевого поведения (РПП) – это расстройства, характеризующиеся отчетливым и длительным нарушением привычек в питании или поведении, сформированных для контроля массы и формы тела, не являющиеся следствием других психических или соматических расстройств [1]. РПП характеризуются серьезными нарушениями пищевого

поведения и изменениями массы тела, либо чрезмерной озабоченностью весом [15]. В классификации расстройств пищевого поведения выделяют три характерных диагноза - нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание.

Феномен нарушений пищевого поведения не теряет своей актуальности. Несмотря на возросший интерес к указанной проблеме, статистические показатели распространенности РПП не уменьшаются. Расстройства этой группы выявлены не менее чем у 9% населения во всем мире [14], при этом зафиксирована повышенная вероятность смертельного исхода, особенно у пациентов с диагностированной нервной анорексией [2].

Проблема семейных взаимоотношений в качестве одного из важных факторов, влияющих на формирование и течение РПП, остается дискуссионной. С одной стороны, признается существенное влияние семьи на нарушения, связанные с питанием, с другой стороны, семейные взаимоотношения являются лишь одной из многих причин, способствующих развитию и прогрессированию данной группы нарушений, а в некоторых случаях сложности в семейных взаимоотношениях являются следствием заболевания.

Исследования показывают, что члены семьи с ребёнком с РПП могут проявлять чрезмерную сплоченность и недостаточную гибкость при дефиците эмоционального выражения [19]. Родители при взаимодействии с дочерьми-подростками с РПП демонстрируют непоследовательность в отношениях в сочетании с низкими уровнями взаимности и эмоциональной гармонии [13]. Наблюдаются также некоторые различия между типами расстройств пищевого поведения в отношении различных элементов функционирования семьи: например, сплоченность и ориентация на достижения были хуже в семьях с анорексией по сравнению с семьями с булимией [8].

Члены семей с плохой сплоченностью, низкой аффективной экспрессией и чрезмерной межличностной зависимостью между собой имеют более высокий риск развития патологического пищевого поведения [7]. Подростки с РПП сообщают о высоком уровне неудовлетворенности семьей [10], указывая на недостаток родительского принятия (семейное тепло, сочувствие, эмоциональная поддержка) и зависимость от членов семьи [9]. В свою очередь родители пациентов с РПП, особенно страдающих нервной анорексией, сообщают о переживании стресса, депрессии и об участившихся семейных конфликтах [16].

В целом семейное функционирование в клинических группах характеризуется более низким качеством, чем в контрольных, однако отдельные компоненты функционирования семьи, такие как эмоциональная вовлеченность, коммуникация и организация демонстрируют неоднозначные результаты [3]. Хотя ухудшение функционирования семьи является решающим элементом, до сих пор не получено эмпирических доказательств существования специфической дисфункциональной модели для семей с РПП, как в целом, так и для

отдельных диагностических категорий РПП [11, 18]. Необходимость заботиться о ребенке с РПП, который проявляет плохие навыки ментализации, ненадежную привязанность и нарушение эмоциональной регуляции, вызывает дистресс и формирует семейную дисфункцию в семьях без постоянной психосоциальной патологии [6].

Современная научная литература отвергает идею о том, что семья является единственной причиной (в этиологическом плане) или основным фактором риска РПП [4]. Влияние семьи в большей степени связано с развитием индивидуально-психологических структур, обуславливающих предрасположенность к РПП, но не является непосредственным предиктором развития заболевания [17]. Академия расстройств пищевого поведения [12] заявляет, что любая обобщенная модель расстройства пищевого поведения, включающая семью в качестве основной причины, должна быть отвергнута, поскольку она неизбежно подразумевает обвинение родителей в болезни их детей. Согласно этой позиции, предполагается, что этиопатогенез расстройств пищевого поведения следует рассматривать как многофакторную причину, связанную с генетическими, психологическими, нейроэндокринными, социокультурными и семейными факторами [5].

Литература

1. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
2. Arcelus J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies //Archives of general psychiatry. 2011. Т. 68. №. 7. С. 724-731.
3. Emanuelli F. et al. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2004. Т. 9. №. 1. С. 1-6.
4. Erriu M., Cimino S., Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review //Behavioral Sciences. 2020. Т. 10. №. 4. С. 71.
5. Garfinkel P.E., Garner D.M. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective, Brunner/Mazel //Inc., New York. 1982.
6. Giles E. M. et al. Disturbed families or families disturbed: a reconsideration //Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022. Т. 27. №. 1. С. 11-19.
7. Goossens L. et al. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents //Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012. Т. 41. №. 4. С. 445-457.
8. Kog E., Vandereycken, W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls //International Journal of Eating Disorders. 1989. Т. 8. №. 1. С. 11-23.
9. Laghi F. et al. Development and validation of the efficacious self-presentation scale //The Journal of genetic psychology. 2011. Т. 172. №. 2. С. 209-219.
10. Laghi F. et al. Family functioning and eating disorders in adolescence Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza // Counseling. 2012. №. 5. С. 55-69.
11. Langdon-Daly J., Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research //Journal of eating disorders. 2017. Т. 5. №. 1. С. 1-15.
12. Le Grange D. et al. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders //International Journal of Eating Disorders. 2010. Т. 43. №. 1. С.
13. Paciello M. et al. Moral dilemma in adolescence: The role of values, prosocial moral reasoning and moral disengagement in helping decision making //European Journal of Developmental Psychology. 2013. Т. 10. №. 2. С. 190-205.
14. Preti A. et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project //Journal of psychiatric research. 2009. Т. 43. №. 14. С. 1125-1132.
15. Schmidt U. et al. Eating disorders: the big issue //The Lancet Psychiatry. 2016. Т. 3. №. 4. С. 313-315.
16. Sim L.A. et al. Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa

//International Journal of Eating Disorders. 2009. Т. 42. №. 6. С. 531-539.

17. Suarez-Albor C.L., Galletta M., Gómez-Bustamante E.M. Factors associated with eating disorders in adolescents: A systematic review //Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2022. Т. 93. №. 3.

18. Wooldridge T. et al. An overview of anorexia nervosa in males //Current Findings on Males with Eating Disorders. 2013. С. 37-47.

19. Zucker N. et al. Emotions and empathic understanding: capitalizing on relationships in those with eating disorders //A collaborative approach to eating disorders. 2013. С. 52-61.

УСТАНОВКИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НАПОЛНЕННОСТИ ПРИ НЕВРОЗАХ И В НОРМЕ

Филипович В.И.

ГГМУ, Гродно, Республика Беларусь

runapple@gmail.com

Ключевые слова: интенциональность, установки жизнестойкости, вовлеченность, экзистенциальная наполненность, невротическое расстройство.

HARDY BELIEFS AS PREDICTORS OF EXISTENTIAL FULFILLMENT IN BOTH NEUROTIC AND NORMAL CONDITION

Philipovich V.I.

GSMU, Grodno, Belarus

runapple@gmail.com

Keywords: intentionality, hardiness attitudes, involvement, existential fullness, neurotic disorder.

Введение. Понятия жизнестойкости личности и экзистенциальной наполненности рассматриваются экзистенциальной психологией, которая обращена к реальности переживания человеком опыта жизни. Повторяющиеся переходы между «внешним» миром вещей и «внутренним» миром самоидентичности составляют структурную основу данной реальности и определяют внутреннюю динамику личности. Теоретический конструкт интенциональности может быть объединяющим для понятий жизнестойкости и исполнения экзистенции. Понятие интенциональности существует как в философском, так и в психологическом дискурсе.

Экзистенциальная психология операционализирует опыт диалогической открытости миру как контексту более высокого порядка, опыт, осмысленный экзистенциально и онтологически [4]. Психологический методический инструментарий изучения смыслового опыта неизменно обращается к феноменологическому методу Э. Гуссерля. Идеи

экзистенциальных философов, в первую очередь М. Шелера и М. Хайдеггера, также обретают понятийное оформление в психологической науке [1; 3]. Появляются различные аспекты рассмотрения интенциональности. Процессуально-динамический аспект интенциональности представлен в понятиях самодистанцирования, самотрансценденции, Person (В. Франкл, А. Лэнгле) [1; 3; 4]. Интенциональность понимается также, как структура, на основе которой возможно осмысление опыта и выбор дальнейшей персональной динамики (Р. Мэй) [4]. Экзистирование человека, наполненность (исполненность) экзистенции как духовного персонального измерения человека возможна, как динамический результат данных процессов. Интенциональность как структура осмысления опыта проявляется через персональный выбор. Невротический выбор сужает реальность к легко контролируемым пределам, в которых исключается другой выбор. Невротическое расстройство, понимаемое как нарушения интенциональности, проявляется в виде сужения миропроекта (Л. Бинсвангер), утраты смысла (В. Франкл), блокировки доступа к Person (А. Лэнгле) [1; 3; 4]. Творческий выбор удерживает диалогические отношения с миром. Основным условием творческого выбора является мужество принять тревогу. «Мужество быть» (П. Тиллих) понимается как определяющая форма интенциональности, приводящая к экзистенции (Р. Мэй) [3]. Экзистенциальное мужество, таким образом, понимается, как условие быть открытым миру и самому себе (Person). Понятие «мужество быть» операционализируется в конструкте жизнестойкости личности (С. Мадди) [2]. Установки личности - «вовлеченность», «контроль», «принятие риска» - понимаются как самостоятельные компоненты жизнестойкости, помогающие преодолевать онтологическую тревогу.

Переживание экзистенции операционализируется в конструкте «экзистенциальная наполненность» (А. Лэнгле) [5]. Экзистенциальная наполненность возможна благодаря процессам смысловой динамики «я». Компонент Person имеет отношение к диалогической организации «я», компонент «экзистенция» проявляется как способность «я» осуществиться в мире.

Цель исследования: выявить различия степени экзистенциальной наполненности в зависимости от выраженности жизнестойких установок при невротических расстройствах и в норме.

Материал и методы. Основная группа (ОГ) - пациенты с диагностированными расстройствами невротического спектра (N=51) отделения пограничных состояний учреждения здравоохранения "Гродненский областной клинический центр "Психиатрия-Наркология", деление на нозологические когорты не проводилось. Группа сравнения (ГС) - лица, не имеющие диагностированной психопатологии (N=46). Методики: 1) «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер [5], 2) «Тест жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А.

Леонтьева, Е.И. Рассказовой [2]. Метод пошагового регрессионного анализа позволил определить вклады компонентов жизнестойкости в субъективное переживание экзистенциальной наполненности жизни. В качестве зависимой переменной выступил общий показатель экзистенциальной наполненности, в качестве независимых переменных – предикторов – компоненты жизнестойкости личности.

Результаты и их обсуждение. Для ОГ регрессионная модель является статистически значимой на уровне значимости $p=0,000000$, доля объясненной дисперсии зависимой переменной «экзистенциальная наполненность» составляет 51,6% ($R^2=0,516$; $F=25,584$). Контроль ($\beta=0,393$; $p=0,009$) и вовлеченность ($\beta=0,382$; $p=0,012$) являются значимыми регрессионными коэффициентами с примерно одинаковым вкладом в вариацию экзистенциальной наполненности. В ГС регрессионная модель объясняет 43,3% дисперсии зависимой переменной «экзистенциальная наполненность» ($R^2=0,433$; $F=33,631$; $p=0,000001$), вовлеченность является единственной детерминантой экзистенциальной наполненности ($\beta=0,658$; $p=0,000001$).

Регрессионные модели для зависимых переменных Person и «экзистенция» позволяют дифференцировать вклад жизнестойких установок в способность быть диалогически открытым к самому себе и к миру. В ОГ регрессионная модель для зависимой переменной Person объясняет 42% ее дисперсии ($R^2=0,420$; $F=17,390$; $p=0,000002$). Вовлеченность является статистически значимым регрессионным коэффициентом ($\beta=0,407$; $p=0,014$), компонент контроля не достигает статистической значимости ($\beta=0,290$; $p=0,074$). В ОГ регрессионная модель для зависимой величины «экзистенция» объясняет 41,3% ее вариации и является статистически значимой ($R^2=0,413$; $F=16,885$; $p=0,000003$). Компонент жизнестойкости «контроль» является статистически значимым предиктором «экзистенции» ($\beta=0,416$; $p=0,012$), компонент «вовлеченность» не достигает уровня статистической значимости ($\beta=0,275$; $p=0,092$).

В ГС регрессионная модель, отражающая вклад жизнестойких установок в Person является статистически значимой, объяснено 38,2% вариации зависимой переменной ($R^2=0,382$; $F=27,172$; $p=0,0000$). Влияние вариации вовлеченности на вариацию Person статистически значимо ($\beta=0,618$; $p=0,000005$). В ГС регрессионная модель для зависимой переменной «экзистенция» объясняет 35,8% ее дисперсии ($R^2=0,358$; $F=12,009$; $p=0,000072$). Регрессионные коэффициенты контроля ($\beta=0,335$; $p=0,078$) и вовлеченности ($\beta=0,305$; $p=0,108$) статистически не значимы.

В ОГ компонент жизнестойкости «контроль» является значимым предиктором экзистенциальной наполненности, в отличие от ГС, является предиктором параметра «экзистенция». Жизнестойкий контроль вносит вклад в способность взаимодействовать с

миром, реализовываться в нем, несмотря на отсутствие гарантий. Такая негарантированность ожидаемых результатов во взаимодействия с миром порождает тревогу, к которой здоровые люди готовы, и которую могут контролировать (Р. Мэй). Обращенные к будущему люди, в любой необходимый момент для совладания с онтологической тревогой могут использовать способности психики к символизации, воображению и суждению (С. Мадди). В случае невроза необходима предварительная убежденность личности в способности управлять ходом жизни, чтобы приступить к рассмотрению и реализации возможностей. Такую уверенность личность обретает, например, сужая смысловой горизонт. Интенциональность невротической личности чувствительна к диспозиции контроля.

В обеих группах вовлеченность выступает в качестве предиктора Person. Жизнестойкое убеждение о необходимости активного участия в происходящем вносит вклад в осуществление внутренней субъектной активности, в осуществление смыслового различения регионов «я», «мир», «другие». Активность субъекта в движении к миру является условием осуществления его ценностей. Вовлеченность соотносима с параметрами организации персональной динамики, с характеристиками интенциональности. Вовлеченность может пониматься как диспозициональная проекция интенциональности, как суждение о том, что мир правильное место, чтобы в него устремиться.

В ГК не обнаруживаются значимых жизнестойких предикторов соотнесенности с миром (параметр «экзистенция»). Возможно, данный факт объясняется недостатками организации исследования, требует увеличения числа респондентов. С другой стороны, квантативный инструментарий измеряет фактические поверхностные уровни смысловой динамики, на которых обнаруживаются и фиксированные повторяющиеся ее искажения. Можно предположить также, что свобода и ответственность опираются на какие-то другие составляющие «мужества быть», здесь находится точка размыкания субъектной интенциональной активности, где в норме «предиктором» становится Бытие, не субъектный контроль.

Выводы. Понимание интенциональности как структурной матрицы смысловой динамики личности позволяет предположить существование различий в ее структурной организации при неврозах и в норме. Степень субъективного переживания экзистенциальной наполненности жизни является результатом личностных усилий, структурно детерминированных интенциональностью. Среди жизнестойких убеждений вовлеченность является опорой экзистирования личности, ее структурно-динамическая организация соразмерна паттернам организации интенциональности. Невротическая личность для инициации онтологических отношений нуждается в предварительной убежденности в своей способности влиять на обстоятельства жизни.

Литература

1. Баранникова, Д. Эволюция понятия интенциональности в экзистенциальной философии, психологии и психотерапии / Д. Баранникова, А. Баранников. – Текст : электронный // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2007. – Вып. 10.
2. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
3. Летуновский, В.В. В поисках настоящего: экзистенциальная терапия и экзистенциальный анализ / В.В. Летуновский. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 379 с.
4. Лэнгле, А. Значение самопознания в экзистенциальном анализе и логотерапии: сравнение подходов / А. Лэнгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4 (35). – С. 150-168.
5. Майнина, И.Н. Стандартизация опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер / И.Н. Майнина, А.Ю. Васанов // Психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 87–99.

ПРОБЛЕМА СОКРЫТИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ПОМОГАЮЩИМ СПЕЦИАЛИСТАМ

Чистопольская К.А.¹, Ениколопов С.Н.², Николаев Е.Л.³, Садовнича В.С.⁴, Кравцова Н.А.⁵,
Дровосеков С.Э.⁶

¹ ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
enikolopov@mail.ru

³ ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия
pzdorovie@bk.ru

⁴ ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
veronika.sadovnichaya13@gmail.com

⁵ ФГБОУ ВО ТГМУ, Владивосток, Россия
kranatali@yandex.ru

⁶ Независимый исследователь, Санкт-Петербург, Россия
sergo.nevsky@yandex.ru

Ключевые слова: суицидальные мысли, суицидальное поведение, сокрытие, превенция суицидов, стигма.

THE PROBLEM OF NON-DISCLOSURE OF SUICIDALITY TO HELPING PROFESSIONALS

Chistopolskaya K.A.¹, Enikolopov S.N.², Nikolaev E.L.³, Sadovnichaya V.S.⁴, Kravtsova N.A.⁵,
Drovosekov S.E.⁶

¹ FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

enikolopov@mail.ru

³ FSBI HE I.N. Ulianov ChSU, Cheboksary, Russia

pzdorovie@bk.ru

⁴ FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

veronica.sadovnichaya13@gmail.com

⁵ FSBI HE PSMU, Vladivostok, Russia

kranatali@yandex.ru

⁶ Independent researcher, St. Petersburg, Russia

sergo.nevsky@yandex.ru

Keywords: suicidal ideation, suicidal behavior, non-disclosure, suicide prevention, stigma.

Введение. По разным данным, сокрытие суицидальности доходит до 60% среди пациентов и до 80% в неклинических выборках [6, 8]. При таком сокрытии перед медперсоналом или на скринингах люди в целом опасаются последствий в виде госпитализации, стигмы, нарушения конфиденциальности, а также могут не считать суицидальные мысли чем-то важным [5, 9]. Стигма является важным фактором, способствующим усилению суицидальности [3]. Помимо проблемы несообщения суицидальных мыслей пациентами, существует проблема необращения к специалистам и нераскрытия своей суицидальности людьми помогающих профессий, которые испытывают психологические трудности. Так, полицейские, работники скорой помощи и пожарные, которые участвовали в масштабном исследовании и предпочитали не отвечать на вопросы, связанные с суицидальной активностью, отличались более выраженным психологическим неблагополучием и имели меньше социальной поддержки, а также ожидали больше стигмы, связанной с психическим нездоровьем, на рабочем месте [7].

В связи с описанной проблематикой, было решено исследовать факты несообщения людьми о своей суицидальности медперсоналу на российской интернет-выборке. Целью исследования было узнать масштаб сокрытия данной информации среди людей,

согласившихся участвовать в интернет-исследовании суицидальности в период пандемии COVID-19, а также причины такого поведения.

Материал и методы. Опрос проводился с 16 июня 2020 по 27 мая 2021 года в российском сегменте интернета как часть более крупного международного исследования суицидальности в период эпидемии COVID-19 [4]. Участвовало 720 респондентов (18–72 лет ($M = 27,7$, $SD = 13$); 75,6% женщин, 20,7% мужчин, 3,7% другой гендерной идентификации). Респонденты отвечали на вопросы, были ли у них когда-либо суицидальные мысли и поведение, а также скрывали ли они когда-либо суицидальные мысли от врачей, психотерапевтов или психологов. При положительном ответе на последний вопрос респондентов просили объяснить, почему они так поступали (открытый вопрос). Был произведен анализ таблиц сопряженности и контент-анализ последнего вопроса.

Результаты и обсуждение. Обнаружены значимые взаимодействия между фактами сокрытия значимой информации, суицидальными мыслями и суицидальным поведением. Процент респондентов, которые в течение жизни задумывались о самоубийстве, оказался велик (299 из 720 человек, 41,5%). Из них 79 респондентов (26,4%) не сообщали об этих мыслях профессионалам, и еще 39 из 421 человек (9,3%) ответили на первый вопрос о суицидальных мыслях отрицательно, но позже признались в сокрытии этой информации. Всего в исследовании выявлены 118 человек из 720, скрывавших свою суицидальность (16,4%). Гипотеза о неравенстве выборок подтвердилась ($\chi^2(1) = 37,6$; $p < 0,001$): вероятность сокрытия суицидальности в группе признавших свою суицидальность в анонимном интернет-исследовании была выше, чем в группе людей, отрицавших ее в нем изначально ($OR = 0,28$ (0,19; 0,43)).

Также была выявлена связь между сокрытием суицидальности и наличием суицидальных попыток ($\chi^2(2) = 121$; $p < 0,001$). Доля людей, скрывавших свои суицидальные мысли от помогающих специалистов, среди тех, кто признался в интернет-исследовании, что совершал суицидальные попытки, велика (40 из 69 человек, 58%). Еще 50 человек из 555 (9%) признали, что скрывали суицидальные мысли от специалистов, но отрицали наличие попыток в опросе, и 28 человек из 96 (29,2%) признали сокрытие суицидальности в опросе, но не ответили на предыдущий вопрос о суицидальных попытках.

Всего 96 человек ответили на открытый вопрос о том, почему они скрывали свои суицидальные тенденции при обращении к помогающим специалистам. Мы объединили ответы по темам (несколько тем могли проявиться в одном ответе): «активный отказ предоставить объяснение» (6), ответ «не знаю» (7), «неуместность» (11), «недоверие» (17), «восприятие своей суицидальности как чего-то несерьезного» (20), «чувство стыда» (22), «страх, что об этом узнают родственники, страх стигмы, последствий для профессии, страх

лечения» (34), примеры ответов приведены в Таблице. Эти темы, в свою очередь, можно обобщить. Так, первые две темы можно отнести к активному и пассивному сопротивлению отвечать на вопрос; третью и пятую темы можно объединить как преуменьшение проблем, также третья и четвертая темы касаются сеттинга и взаимодействия со специалистом как не вызывающим доверия и не располагающим к откровенности. Последние две темы – стыда, стигмы, страха последствий – затрагивают отношение к суициду в обществе.

Таблица 1.

Примеры высказываний о причинах сокрытия суицидальных мыслей перед специалистом

Тема	Пример высказывания	Количество ответов
Активный отказ предоставить объяснение	«потому», «не хочу», «почему “шо”?»), «прпрпее» ¹ и т.д. ¹ Подобные парадоксальные, «бессмысленные» фразы мы расценивали как нежелание давать обоснованный ответ и как ответ скорее эмоциональный, выражающий негативное отношение респондента к вопросу.	6
Ответ «не знаю»	«не знаю»	7
Неуместность	«Сессия ограничена по времени и стоит больших денег»; «говорить об этом казалось неуместным»; «Опрос проводился не наедине с врачом, а в присутствии одноклассников (в кабинет заходили группами). В результате никто не хотел говорить о своих проблемах, все стеснялись»	11
Недоверие	«из-за недостаточного к ним доверия»; «не готова о них с кем-либо говорить, в том числе с врачом»; «казалось, что не поймут и будет плохо»	17
Восприятие своей суицидальности как чего-то несерьезного	«я считаю эти состояния временными и не требующими вмешательства врачей»; «потому что не считаю за попытку суицида»; «Потому что знаю, что не сделаю с собой ничего, думаю, такие мысли возникают у многих»; «Не хотелось говорить об этом, казалось глупым»	20
Чувство стыда	«стыдно»; «это спонтанное решение, за которое стыдно»; «Боюсь реакции, которая последует в ответ. Мама может начать унижать и высмеивать “глупость / чушь”»	22
Страх, что об этом узнают родственники, страх стигмы, последствий для профессии, страх	«Потому что я не хочу залечь в психушку. К тому же в нашей семье больные психическими расстройствами считаются сумасшедшими ублюдками»; «Это бы вызвало море проблем и кучу вопросов, и так все не очень шикарно»; «Боялась, что это повлияет на мою карьеру...»;	34

лечения	«Страх»; «Боязнь осуждения»	
---------	-----------------------------	--

Выводы

1. Всего 16,4% респондентов интернет-выборки скрывали свою суицидальность при общении с медиками, 58% респондентов с суицидальными попытками оказались незамеченными профессионалами. Эти цифры сопоставимы с западными исследованиями [6, 8] и демонстрируют серьезную проблему: порядка 60% людей с суицидальным поведением оказываются не охваченными психологической и психиатрической помощью. Они далеко не всегда способны справиться с проблемой самостоятельно и успешно.

2. Контент-анализ показал, что сокрытие происходит в первую очередь вследствие многочисленных страхов: обвинений, стыда, ограничений и нежелательных последствий. Эти же проблемы отмечаются за рубежом [5, 9]. Проблема стигматизации и самостигматизации суицидентов остра [3], и ее требуется решать как на общественном, так и на микросоциальном, и на индивидуальном уровне. Также важно, что люди отмечали проблему недоверия специалисту, ощущение неуместности упоминания о своих суицидальных тенденциях при общении с ним на другие темы, и о специфическом сеттинге, при котором трудно говорить о суицидальности вдумчиво и серьезно.

3. При всей актуальности проблемы она мало исследована в российской психологии и психиатрии. Нами обнаружены лишь работы о «забытых» суицидальных попытках пациентов с алкогольной зависимостью [1, 2]. Вследствие сокрытия люди оказываются не охваченными специализированной помощью, а их состояние может усугубляться переживанием стигмы суицида, секретностью, страхом поделиться своими чувствами как с близкими, так и с медиками.

4. Следует обратить внимание помогающих специалистов на проблему сокрытия пациентами своей суицидальности, создавать условия для получения квалифицированной суицидологической помощи, а также сокращать стигму суицидального поведения в обществе.

Литература

1. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. 2012; 2: 21-23.
2. Меринов А.В., Лукашук А.В. «Забытые» суицидальные попытки у больных алкогольной зависимостью // Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: «Проблемы и перспективы». Сборник материалов конференции / Ред. Н.Г. Незнанов. СПб: Альта-Астра, 2015. С. 901.
3. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2018; 2: 10–18.
4. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Кравцова Н.А., Садовнича В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19 // Суицидология. 2022; 13 (1): 88-104. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-01(46)-88-104
5. Blanchard M., Farber B.A. “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy // Psychotherapy Research. 2020; 30 (1): 124-136.

6. Høyen K.S., Solem S., Cohen L.J. et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates // *Death Studies*. 2022; 46 (8): 1823–1831. DOI: 10.1080/07481187.2021.1879317
7. Kyron, M. J., Podlogar, M. C., Joiner, T. E. et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel // *Psychological Assessment*, 2020. 32 (12), 1106–1117.
8. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J. et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value // *British Journal of Psychiatry Open*. 2019; 5(e1): 1–12. DOI: 10.1192/bjo.2018.88
9. Richards J.E., Whiteside U., Ludman E.J. Understanding why patients may not report suicidal ideation at health care visit prior to a suicide attempt: A qualitative study // *Psychiatric Services*. 2018; 70 (1): 40–45.

РАЗДЕЛ 15. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

СТАТУС ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КЛИНИЧЕСКИМ (МЕДИЦИНСКИМ) ПСИХОЛОГОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ахметов М. Р., Трифонова Т.А.

КИУ им. В. Г. Тимирязова, Казань, Россия

psy.marat@yandex.ru

Ключевые слова: клиническая психология, медицинская психология, психологическая помощь, психиатрия, медицинские учреждения, нормативно-правовое регулирование.

STATUS OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL CARE TO THE POPULATION IN MEDICAL INSTITUTIONS BY A CLINICAL (MEDICAL) PSYCHOLOGIST IN THE RUSSIAN FEDERATION

Akhmetov M.R., Trifonova T.A.

V. G. Timiryasov KIU, Kazan, Russia

psy.marat@yandex.ru

Keywords: clinical psychology, medical psychology, psychological assistance, psychiatry, medical institutions, legal regulation.

Обсуждение данной проблематики хотелось бы начать с рассмотрения сообщения «Психические расстройства» Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), опубликованного 6 июня 2022 года на официальном сайте ВОЗ. Там, помимо прочего, указаны статистические данные за 2019 год по психическим расстройствам в мире. Так, в 2019 году тревожными расстройствами страдало 301 миллион человек, включая 58 миллионов детей и