

# КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology  
and Psychotherapy*

**Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю.,  
Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П. —  
Психическое здоровье и профессиональное выгорание  
врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19:  
ситуационные и психологические факторы**

**Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. —  
AVATAR-терапия: патопсихология трансформации  
отношений с «голосом» при слуховых галлюцинациях**

**Шишкова А.М., Бочаров В.В.,  
Стрижицкая О.Ю., Вукс А.Я. —  
Психометрические характеристики методики  
«уровень эмоционального выгорания родственников»**

*Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A. Yu.,  
Mikita O. Yu., Petrikov S. S., Roy A. P. —  
Mental Health and Professional Burnout among Residents During  
the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors*

*Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V. —  
AVATAR Therapy: Pathopsychology of Transforming Relations  
with the “Voice” in Auditory Hallucinations*

*Shishkova A. M., Bocharov V. V., Strizhitskaya O. Yu., Vuks A. Ja. —  
Psychometric Properties of the “Level of Relatives’  
Emotional Burnout” Questionnaire*

2  
2021

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

---

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION  
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

# КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 29. № 2 (112) 2021 апрель—июнь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва  
Moscow

**ISSN 2075-3470**

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,  
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

---

*Главный редактор*  
А.Б. Холмогорова

*Редакционная коллегия*  
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),  
Н.А. Польская (зам. главного редактора), Е.В. Филиппова,  
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

*Редактор*  
А.Ю. Разваляева

*Оригинал-макет*  
М.А. Баскакова

---

*Адрес редакции:*  
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305  
Телефон: + 7 (495) 632-92-12  
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com  
www.cppjournal.ru

*Вопросы подписки и приобретения:*  
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305  
Телефон: + 7 (495) 632-92-12  
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,  
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале  
«Консультативная психология и психотерапия»,  
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины  
И. Шишкина «Ручей в лесу»

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной  
и клинической психологии, 2021**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,81. Тираж 1000 экз.

**ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

- 5 *Холмогорова А.Б.*  
Предисловие главного редактора

**ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: ПОИСК ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ**

- 9 *Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П.*  
Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы
- 48 *Петрова Е.А., Назаренко В.В.*  
Выраженность ситуативной и личностной тревожности у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью в период пандемии

**НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

- 62 *Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.*  
AVATAR-терапия: патопсихология трансформации отношений с «голосом» при слуховых галлюцинациях

**ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 100 *Шишкова А.М., Бочаров В.В., Стрижицкая О.Ю., Вукс А.Я.*  
Психометрические характеристики методики «уровень эмоционального выгорания родственников»
- 119 *Галасюк И.Н., Митина О.В.*  
Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми
- 145 *Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П.*  
Психологические особенности у больных раком молочной железы в зависимости от наличия коморбидного посттравматического стрессового расстройства
- 164 *Соловьевская Н.Л., Терещенко П.С.*  
Психоэмоциональное состояние медицинских сестер психиатрического профиля в условиях Арктики

**FROM THE EDITOR**

- 5 *Kholmogorova A.B.*  
From the Editor

**CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING  
THE PANDEMIC: THE SEARCH FOR PSYCHOLOGICAL  
AND ORGANIZATIONAL RESOURCES**

- 9 *Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A.Yu.,  
Mikita O.Yu., Petrikov S.S., Roy A.P.*  
Mental Health and Professional Burnout among Residents During  
the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors
- 48 *Petrova E.A., Nazarenko V.V.*  
The Severity of Situational and Personal Anxiety Among University  
Students With Disabilities During the Pandemic

**RESEARCH REVIEWS**

- 62 *Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V.*  
AVATAR Therapy: Pathopsychology of Transforming Relations  
with the “Voice” in Auditory Hallucinations

**EMPIRICAL STUDIES**

- 100 *Shishkova A.M., Bocharov V.V., Strizhitskaya O.Yu., Vuks A.Ja.*  
Psychometric Properties of the “Level of Relatives’ Emotional  
Burnout” Questionnaire
- 119 *Galasyuk I.N., Mitina O.V.*  
Parent-Child Interaction during Early Childhood: Comparative  
Analysis of Parent Responsiveness Profile among Dyads with  
Typically and Atypically Developing Children
- 145 *Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Mizinova E.B., Lukoskina E.P.*  
Psychological Features in Breast Cancer Patients, Depending  
on the Presence of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder
- 164 *Solov’evskaia N.L., Tereshchenko P.S.*  
The Psychoemotional Condition of Nurses of the Psychiatric  
Profile in the Arctic

---

## ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА FROM THE EDITOR

---

# ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

**Для цитаты:** Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 5—8. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290201>

## FROM THE EDITOR

**For citation:** Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 5—8. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290201> (In Russ., abstr. in Engl.)

Ровно год назад, во втором выпуске нашего журнала, выход которого пришелся на первую волну пандемии, наша редакция ввела специальную рубрику «Вызовы для здоровья и образования в период пандемии: поиск психологических и организационных ресурсов». Мы обещали регулярно наполнять эту рубрику актуальными исследованиями до тех пор, пока все человечество и наше профессиональное сообщество будут стоять перед этими вызовами. И вот прошло уже более года, а ситуация так и не стабилизировалась. Прогнозы специалистов относительно последствий пандемии для психического здоровья разных групп населения весьма пессимистичны. В этом номере мы приводим данные относительно уровня и факторов психологического выгорания у врачей-ординаторов во время второй волны пандемии. Известно, что именно медицинские работники уже более года сражаются за здоровье и жизни людей на передовой линии фронта борьбы с пандемией, они являются группой повышенного риска, их психологические ресурсы истощаются в затянувшейся ситуации чрезмерных на-

грузок и ответственности. Наиболее уязвимой группой в данном случае оказываются молодые врачи. Проблема психологических факторов, способствующих выгоранию молодых специалистов, а также факторов-протекторов рассматривается в первой статье номера, подготовленной группой специалистов МГППУ и НИИ Скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (А.Б. Холмогорова, А.А. Рахманина, А.Ю. Суругина, О.Ю. Микита, С.С. Петриков, А.П. Рой). Стоит отметить, что такое комплексное исследование психологических факторов профессионального выгорания проведено впервые в отечественной психологии, а полученные данные свидетельствуют о необходимости срочного усиления психологической подготовки выпускников медицинских вузов, проходящих стажировку на клинических базах.

В сложной ситуации во время пандемии оказываются студенты вузов, которым приходится адаптироваться к кардинальной перестройке привычной системы обучения. И среди них есть своя группа повышенного риска — это студенты с ограниченными возможностями здоровья. Как показано в статье Е.А. Петровой и В.В. Назаренко, уровень тревоги у студентов с ОВЗ во время пандемии достигает очень высоких значений, что важно учитывать при организации их психологического сопровождения.

Особый интерес читателей, привлечет большой аналитический обзор наших коллег из Томского (О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев) и Алтайского (О.В. Жирнова) университетов, посвященный AVATAR-терапии психозов, а именно — психологической работе с резистентными к медикаментозной терапии слуховыми галлюцинациями на основе цифровых технологий. В 2014 г. в журнале «Современная терапия психических расстройств» вышла статья Дугласа Туркингтона с соавторами — одного из ведущих специалистов в области когнитивно-бихевиоральной терапии продуктивных симптомов при шизофрении, автора многочисленных статей и монографий на эту тему. В этой статье были впервые в русскоязычной литературе рассмотрены возможности психологической работы с продуктивной симптоматикой при психозах. Предлагаемый вниманию читателей обзор продолжает сложнейшую тему помощи пациентам с продуктивной симптоматикой с привлечением новейших возможностей цифровых технологий. Важное достоинство представленного обзора заключается в попытке осмысления и теоретического обоснования этих технологий с опорой на культурно-историческую психологию Л.С. Выготского, включая работу С.Я. Рубинштейн о роли деятельности прислушивания при слуховых галлюцинациях и работы Б.В. Зейгарник и ее учеников о роли рефлексии в саморегуляции при психической патологии. Вызовы, связанные с наиболее тяжелыми формами психических страданий, и роль психологи-

ческих механизмов в их возникновении и преодолении анализируются авторами со ссылками на многочисленные современные работы, малоизвестные российским специалистам.

Четыре статьи в разделе «Эмпирические исследования» связаны общей темой — переживание и преодоление тяжелых стрессовых воздействий разными уязвимыми группами: родственниками психически больных (А.М. Шишкова, В.В. Бочаров, О.Ю. Стрижицкая, А.Я. Вукс), родителями детей с ОВЗ (И.Н. Галасюк, О.В. Митина); больными раком молочной железы (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Е.Б. Мизинова, Е.П. Лукошкина) и медицинскими сестрами, работающими в суровых условиях Крайнего Севера (Н.Л. Соловьевская, П.С. Терешенко).

Трудности наполнения смыслом травматической ситуации, в которой оказываются родственники, как взрослых, так и детей с психическими расстройствами или отклонениями в развитии, проблемы эффективных коммуникаций в таких семьях отражены в двух первых статьях. Травматический стресс, переживаемый пациентами с раком молочной железы и его последствия описывают наши коллеги из Санкт-Петербурга. Влияние экстремальных условий на уровень тревожности медицинских работников описано в статье, завершающей этот номер.

Таким образом, вся представленная подборка статей тесно связана с проблемой совладания со стрессом. Надеемся, что в условиях продолжающегося стресса, обусловленного ситуацией пандемии, данная информация будет полезна специалистам из сферы психического здоровья, которым приходится активно включаться в помощь, в первую очередь уязвимым группам населения.

В заключение хотелось бы сообщить хорошую новость и анонсировать следующий номер, который мы планируем посвятить 100-летию со дня рождения Арона Бека — выдающегося ученого и психотерапевта, оказавшего наибольшее влияние на теорию и практику психотерапии XXI столетия. В июне в Риме прошел X конгресс Международной Ассоциации Когнитивной Психотерапии (IACP), в котором приняли участие когнитивные психотерапевты из многих стран мира (к сожалению, в виртуальном режиме из-за угрозы заражения). Рады сообщить Вам, что сотрудники нашего университета представили на конгрессе профессиональное российское сообщество в рамках отдельного симпозиума «Возможности интеграции ресурсов культурно-исторической теории Выготского и когнитивно-бихевиоральной терапии Бека в процессе преодоления трудностей в обучении» (Possibilities of Integrating the Resources of Cultural-Historical Theory of Vygotsky and Beck's Cognitive-Behavioral Therapy in the Process of Overcoming Learning Difficulties). В преддверии 125-летия со дня рождения Л.С. Выготского тема симпозиума особенно знаменательна. Надеемся, что она найдет

отражение в материалах следующего, третьего, номера нашего журнала. Также мы очень рады сообщить, что на состоявшейся церемонии официального открытия X конгресса IACP Санкт-Петербург был официально представлен как место проведения XI Международного Конгресса когнитивной психотерапии. Поздравляем всех российских психотерапевтов — отдельно наших коллег из Санкт-Петербурга — с этим решением и открывающейся замечательной перспективой широкого участия российских специалистов в этом важном профессиональном мероприятии и выражаем надежду на то, что проведение конгресса будет возможно в очном режиме.

От имени всей редакции желаю здоровья, благополучия и психологической устойчивости всем нашим читателям и их близким!

*А.Б. Холмогорова*

---

**ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД  
ПАНДЕМИИ: ПОИСК ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ**

---

**CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING  
THE PANDEMIC: THE SEARCH FOR PSYCHOLOGICAL  
AND ORGANIZATIONAL RESOURCES**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ  
ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19:  
СИТУАЦИОННЫЕ  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

**А.Б. ХОЛМОГорова**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), Научно-исследовательский институт скорой  
помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП  
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,  
e-mail: [kholmogorova@yandex.ru](mailto:kholmogorova@yandex.ru)

**А.А. РАХМАНИНА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи  
имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП  
имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,  
e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

## **А.Ю. СУРОЕГИНА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>,  
e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

## **О.Ю. МИКИТА**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,  
e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

## **С.С. ПЕТРИКОВ**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>,  
e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

## **А.П. РОЙ**

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>,  
e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

В статье приводятся результаты исследования уровня и факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих обучение в Учебном центре НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, во время второй волны пандемии COVID-19. В исследовании приняли участие 110 ординаторов ( $M_{\text{возр.}}=25,1$ ;  $SD=2,32$ ) — 30 мужчин и 80 женщин первого и второго года обучения, как работающих в «красной зоне», так и занятых в оказании помощи другим пациентам. Для изучения симптомов и факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания использовались шкалы депрессии и тревоги А. Бека, опросник профессионального выгорания К. Маслач, шкала оценки выраженности симптомов посттравматического стресса PSL-5, шкала оценки дистресса Дж. Холланд, Калифорнийский опросник одиночества Д. Рассела с соавторами, трех-

факторный опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой и Торонтская шкала алекситимии Г. Тейлора с соавторами. Согласно полученным данным, 43% молодых врачей отметили симптомы депрессии средней и высокой степени тяжести; 11% — наличие суицидальных мыслей; 30% — симптомы тревоги высокой интенсивности; более половины (55%) имеют критически высокие показатели симптомов посттравматического стресса. Примерно у четверти респондентов были выявлены высокие показатели общего дистресса (24%) и профессионального выгорания по всем трем его аспектам (эмоциональное истощение — 23%, деперсонализация — 25%, профессиональная успешность — 22%). Большинство ординаторов связывают дистресс с трудностями сочетания работы и учебы и опасением за качество обучения в период пандемии, а в качестве источника совладания со стрессом называют социальную поддержку. Серия регрессионных анализов показала важность вклада переживания одиночества, а также высоких показателей перфекционизма и алекситимии в психическое неблагополучие и профессиональное выгорание ординаторов.

**Ключевые слова:** депрессия, симптомы посттравматического стресса, профессиональное выгорание, врачи-ординаторы, COVID-19, дистресс и его факторы, алекситимия, одиночество, перфекционизм.

*Для цитаты:* Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 9—47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202>

## **MENTAL HEALTH AND PROFESSIONAL BURNOUT AMONG RESIDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: SITUATIONAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS**

**ALLA B. KHOLMOGOROVA**

Moscow State University of Psychology & Education, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,  
e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

**ANASTASIYA A. RAKHMANINA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,  
e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

## **ANASTASIYA YU. SUROEGINA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>,  
e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

## **OLESYA YU. MIKITA**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,  
e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

## **SERGEY S. PETRIKOV**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>  
e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

## **ANITA P. ROY**

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>,  
e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

The paper presents the results of a study of the level and factors of mental maladjustment and professional burnout of medical residents undergoing training at the Training Center of N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine during the second wave of the COVID-19 pandemic. The study involved 110 first and second year residents (30 men and 80 women; mean age —  $25.1 \pm 2.32$ ), both working in the COVID-19 “red zone” and helping other patients. The following methods were used to assess symptoms and factors of mental maladjustment and professional burnout: Beck Depression and Anxiety Scales (Beck et al., 1988; 1996), Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981), PTSD Checklist for DSM 5 (PSL-5; Weathers et al., 2013) Distress Thermometer (Holland, Bultz, 2007), UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978) Three-Factor Perfectionism Inventory (Garanyan et al., 2018) and Toronto Alexithymia Scale (Taylor et al., 2003). According to the data, 43% of young doctors noted symptoms of depression of moderate and high severity, suicidal thoughts were present in 10%, symptoms of heightened anxiety in 30%, and more than a half (55%) had critically high rates of symptoms of post-traumatic stress. About a quarter of the respondents showed high rates of general distress (24%) and professional burnout in all three of its aspects (emotional exhaustion — 21%, depersonalization — 23%, and personal accomplishment — 22%). Most residents associated distress with difficulties in combining work and study and fear for the quality of education during the pandemic. Social support was noted as a factor in coping with stress. A series of regression analyzes showed the importance of the contribution of the experience of loneliness, as well as high rates of perfectionism and alexithymia, to mental distress and professional burnout of residents.

**Keywords:** depression, post-traumatic stress symptoms, professional burnout, young doctors-residents, COVID-19, distress and its factors, alexithymia, loneliness, perfectionism.

**For citation:** Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Suroegina A.Yu., Mikita O.Yu., Petrikov S.S., Roy A.P. Mental Health and Professional Burnout among Residents During the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 9–47. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290202>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Пандемия COVID-19 (*Coronavirus disease*), длящаяся более года, несомненно, успела затронуть все сферы жизни общества. Однако важно подчеркнуть, что основным удар, бесспорно, принимали и продолжают принимать на себя медицинские работники, которые ежедневно сталкиваются с новыми задачами и ограничениями в своей работе. Наиболее уязвимой группой среди работников здравоохранения считаются так называемые «молодые врачи» (*junior doctors* — врачи-стажеры, ординаторы). Специалисты на этапе ординатуры, только начинающие свою профессиональную карьеру, и до пандемии сталкивались с различными дополнительными дистресс-факторами, например: вынужденное совмещение учебы и работы, необходимость адаптации в устоявшемся коллективе, поиск работы, финансовая нагрузка, подчиненная позиция, неуверенность в своих силах. Дополнительным фактором риска является работа в скорпомощных стационарах, связанная с повышенной ответственностью и неотложностью при оказании помощи.

Российские врачи-ординаторы скорпомощного стационара, обследованные до пандемии, отмечали, что значительная часть их проблем с психическим и физическим здоровьем связана с высокими нагрузками и стрессом на работе [4; 5]. Опрос молодых врачей, проведенный Британским Королевским колледжем в 2017 г., показал, что 70% из них работали сверхурочно на фоне предельных нагрузок, 80% считали, что работа подвергает их чрезмерному стрессу, а 25% сообщали, что подобная ситуация серьезно сказывается на психическом здоровье [16]. Качественное исследование 15 австралийских ординаторов с применением метода полуструктурированного интервью позволило выявить 4 ключевые темы, беспокоящие начинающих специалистов: проблемы на рабочем месте, опыт нарушения границ, стратегии улучшения состояния, препятствия на пути обращения за помощью. Половина опрошенных прошли программу «Устойчивость на ходу» (*Resilience on the Run; RoR*), направленную на повышение самооценки и стрессоустойчивости. Признавая полезность данного опыта, большинство ординаторов отметили, что не будут об-

ращаться за психологической и иной помощью даже в случае острой необходимости. Подобное решение связывалось ими с устойчивым социальным стереотипом восприятия врача как специалиста, у которого не должно быть проблем, и, соответственно, опасением получить негативную оценку как профессионала со стороны коллег и кураторов в случае обращения за помощью. Среди типичных проблем на рабочем месте выделялось наличие внеурочных смен и дополнительной работы. Примечательно, что хотя ординаторы жаловались на объективно слишком большой объем возложенных на них задач, они сами брали дополнительные нагрузки, не желая показаться немотивированными своим кураторам, а также из страха упустить что-то важное. Отмечался еще один устойчивый стереотип: если специалист не может успеть сделать всю работу за отведенное время, он не является профессионалом. Также отмечали опыт буллинга со стороны вышестоящих работников, который порождал чувство некомпетентности, страх задать вопрос и попросить помощи [21].

Несмотря на отказ обращаться за помощью, респонденты выразили заинтересованность в получении дополнительных тренингов при условии одобрения этого со стороны руководства. Отзывы об эффективности тренинговой программы подтвердили необходимость внедрения методов профилактики психического неблагополучия у врачей-ординаторов, показатели которого, по разным данным, очень высоки [13; 16; 21]. Например, при опросе 102 французских врачей, проходящих стажировку, было выявлено, что 13% испытывали выраженные симптомы депрессии и 29% — тревоги, при этом симптомы депрессии и тревоги коррелировали с очень высокими требованиями к себе, отсутствием поддержки со стороны старших врачей, конкуренцией друг с другом. Помимо этого, отмечалось, что 55% опрошенных на регулярной основе употребляли алкоголь, чтобы справиться со стрессом [25].

Пандемия и сопровождающие ее дистресс-факторы усугубили уже имеющиеся проблемы начинающих специалистов и спровоцировали новые, влияющие на все сферы жизни молодых врачей. Эти проблемы касаются обучения, работы, затрагивают коммуникацию и личную жизнь [28]. Например, отмена плановых операций на фоне карантинных мероприятий и перепрофилирование больниц привели к объективному недостатку практического опыта у оперирующих молодых врачей. Это вызвало недовольство качеством полученного опыта, опасения по поводу трудоустройства, неуверенность в своих силах. В теоретическом сегменте образования также возникали пробелы ввиду переноса занятий и болезни профессоров. Важным дистресс-фактором для ординаторов является напряжение и выгорание их кураторов, также работающих в условиях повышенного напряжения сил [20].

Обследование 10178 молодых специалистов Пакистана выявило, что распространенность симптомов депрессии, генерализованного тревожного расстройства и острого стрессового расстройства составила 26,4%, 22,6% и 4,4% соответственно. Женщины, старшие специалисты второй ступени обучения и рядовые работники, сообщили, что испытывают больше тревожности, депрессии и симптомов острого стресса, чем обычно [23]. При сравнении 393 ординаторов Америки, работавших в «красных зонах», с другими специалистами были получены следующие данные. В группе, работавшей с COVID-19, была более высокая распространенность стресса (29,4% против 18,9%) и выгорания (46,3% против 33,7%). Данная группа ординаторов также выше оценивала факторы стресса, связанные с семьей: необходимость ухода за детьми, сокращение времени, проводимого с семьей и т. д. [24].

Помимо ситуационных факторов — высоких нагрузок и организационных проблем, важную роль в профессиональном выгорании медицинских работников играют психологические факторы, которые на настоящий момент остаются недостаточно исследованными [6]. Между тем наряду с необходимостью поиска новых организационных решений, направленных на оптимизацию условий труда и учебы данного контингента, важную роль играют психологические меры профилактики профессионального выгорания и психической дезадаптации, направленные на повышение психологической компетентности и стрессоустойчивости специалистов здравоохранения.

Рост изоляции людей в современном обществе, переход взаимодействия в режим онлайн зачастую делает более поверхностным общение и менее доступным для молодых специалистов такой важнейший ресурс защиты от психической дезадаптации, как эмоциональная близость и поддержка со стороны других людей. Ведущая роль социальной поддержки в защите от депрессии была недавно показана в обширном мета-анализе, доказавшем, что именно этот фактор со значительным отрывом от всех других является важнейшим протектором от депрессивных расстройств — основного экономического бремени в современной медицине [17]. «Самым выдающимся и намного оторвавшимся по влиянию от других параметром оказалась частота доверительных разговоров с другими и рассказы другим о себе, своих переживаниях, мыслях и пр., а также встречи с семьей и друзьями — все это подчеркивает важный защитный эффект социальной связанности и социального единства», — делает вывод руководитель исследования Джордан Смоллер (*Jordan Smoller*) [17, p. 952]. Дефицит поддержки приводит к частому переживанию чувства одиночества и изоляции. Так, в 2020 г. исследование 78 сотрудников оперативного отдела скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону показало, что восприятие специалистами условий работы и профессио-

нальных межличностных отношений как психотравмирующих приводят к переживанию одиночества [9]. В том же году американские исследователи пригласили к участию в опросе, посвященном связи одиночества с психологическим благополучием, 442 практикующих врача, из которых 197 (44%) завершили опрос. Почти половина опрошенных (43%) пережили чувство одиночества, степень выраженности которого прямо коррелировала с эмоциональным выгоранием и симптомами депрессии, независимо от пола, возраста и общей нагрузки участников исследования [26]. Авторы делают вывод, что изучение факторов переживания одиночества и механизмов его влияния на психологическое благополучие требует дальнейших исследований.

Обзор существующих исследований позволяет сделать предположение об одном из таких механизмов. Такая особенность когнитивно-аффективной сферы, как алекситимия, или трудности распознавания, понимания и выражения чувств (как своих, так и других людей), также тесно связана с повышенным риском профессионального выгорания, возникновением симптомов посттравматического стресса, тревоги и депрессии. В целом ряде исследований социальных работников, педагогов, медицинских работников были обнаружены значимые корреляции показателей алекситимии с таким важным аспектом профессионального выгорания, как эмоциональное истощение [14]. В немецком исследовании медицинских работников — женщин, среди которых большинство были врачами, получены значимые связи алекситимии со шкалой эмоционального истощения и показателями посттравматического стресса [27]. Иранское исследование среднего медицинского персонала также показало, что уровень алекситимии связан с профессиональным выгоранием [29]. Такие данные объясняются самой природой алекситимии, которая, с одной стороны, затрудняет эффективную переработку негативных эмоций, что способствует их накоплению и, в конечном итоге, негативно сказывается на психическом и соматическом состоянии, с другой — мешает установлению близких отношений с другими людьми и лишает такого важного ресурса в совладании со стрессом, как эмоциональная поддержка, о значении которой было сказано выше.

Целый ряд современных исследований также показали тесную связь профессионального выгорания у медицинских работников с такой личностной чертой, как перфекционизм — стремление к совершенству, связанное с жесткой самокритикой за любую оплошность или неудачу, отсутствием внутреннего права на трудности и восприятием других как очень критичных и предъявляющих очень высокие требования, не склонных к выражению тепла и поддержки в трудных ситуациях. Очевидно, что перфекционизм, как и алекситимия, способствует изоляции и одиночеству, трудностям обращения за помощью и получения необ-

ходимой каждому человеку поддержки. Однако стоит подчеркнуть, что распространенность этой черты особенно заметно растет именно среди молодого поколения профессионалов. Выше уже было отмечено, что в австралийском исследовании выявлена высокая тревога молодых врачей по поводу возможной негативной оценки со стороны старших коллег, если они не будут брать дополнительных нагузков вопреки усталости и состоянию эмоционального истощения. Эта тревога подкреплялась критичным и требовательным отношением со стороны вышестоящих работников, вплоть до буллинга, что порождало чувство некомпетентности и страх задать вопрос, когда что-то было непонятно [20]. Исследование 72 врачей и медицинских сестер в частном медицинском госпитале Бухареста подтвердило тесную связь между показателями перфекционизма и профессиональным выгоранием, а также психопатологической симптоматикой [18].

В фундаментальном исследовании динамики показателей перфекционизма в студенческой популяции за последние без малого 30 лет британские ученые отмечают: «Проблемы с психическим здоровьем у студентов достигают рекордных показателей. Повсюду растут показатели депрессии, тревожных расстройств и суицидальной направленности» [19]. Объединенный анализ 164 выборок, включающий студентов ( $N=41641$ ) из американских, канадских и английских образовательных учреждений (70% женщины,  $M_{\text{возр.}}=20,5$ ), обследованных по Многомерной шкале перфекционизма (*Multidimensional Perfectionism Scale*; Hewitt, Flett, 1991) на протяжении 27 лет, показал, что независимо от пола, возраста и страны молодые люди становятся все более требовательными к себе и другим, а также считают, что окружающие ждут от них достижений и совершенства. Авторы подчеркивают, что рост показателей перфекционизма прямо связан с ростом симптомов психического неблагополучия. Аналогичные данные были получены при сравнении двух российских выборок студентов, обследованных с разницей в 10 лет: рост перфекционизма сопровождался ростом симптомов депрессии и суицидальной направленности [15].

Таким образом, особенно актуальным в современной культурно-исторической ситуации является изучение связи профессионального выгорания и психической дезадаптации с показателями одиночества, алекситимии и перфекционизмом у молодых врачей-ординаторов.

**Цель** настоящего исследования — изучить уровень и факторы (как ситуационные, связанные с дистрессом в ситуации пандемии, так и психологические, связанные с внутренними переживаниями и установками) профессионального выгорания и других симптомов психической дезадаптации у врачей-ординаторов скоропомощного стационара в период второй волны пандемии.

## Метод

**Процедура исследования.** Врачам-ординаторам, обучающимся в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, было предложено на основаниях анонимности и добровольности заполнить ряд опросников, которые были объединены в гугл-формы и выложены в чаты с обращением от руководства Учебного центра НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, в котором объяснялись цели исследования. Затем следовало обращение от психологической службы института, в котором выражалось понимание относительно сверхзанятости ординаторов, сочетающих учебные и рабочие нагрузки, а также указывалось, что все желающие могут на условиях анонимности получить индивидуальную обратную связь по своим данным с краткими рекомендациями. В соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов было получено информированное согласие респондентов, участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Исследование проводилось, начиная с 23 декабря 2020 г., т. е. во время так называемой второй волны пандемии; к 30 декабря гугл-форму заполнили 80 человек из 700, получивших рассылку в чатах. Исследование было продлено до 11 января 2021 г. включительно с повторным обращением и указанием ссылки на опросники. Однако к 11 января прирост был относительно небольшим (31 человек) и форма была закрыта, когда ее заполнили в общей сложности 110 человек, т. е. 15,7% от всей выборки.

**Выборка.** Выборка составила 15,7% от общей выборки ординаторов, которым было предложено принять участие в исследовании. В исследовании приняли участие 110 ординаторов первого и второго года обучения, проходящие обучение в Учебном центре НИИ СП имени Н.В. Склифосовского, из них 30 мужчин и 80 женщин, в возрасте от 23 до 30 лет ( $M_{\text{возр.}} = 25,1$ ;  $SD = 2,32$ ).

Относительно низкий процент участия врачей-ординаторов в исследовании можно объяснить накопившейся усталостью в конце года и большим количеством требований по учебе и работе. Половина опрошенных (56 человек) совмещали обучение с работой в отделениях, оборудованных для лечения пациентов с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19. Другая половина (54 человек) респондентов обучалась и работала в других отделениях НИИ или поликлиниках города Москвы. При этом распределение по полу среди занятых в помощи пациентам с COVID-19 и работающих с другими пациентами было примерно одинаковое: 29% мужчин и 71% женщин работали в отделениях с пациентами с COVID-19 и 26% мужчин и 74% женщин — в других отделениях. Также примерно пополам вся об-

следованная выборка поделилась на ординаторов первого (53 человека) и второго (57 человек) года.

**Методики исследования.** Всех участников просили заполнить *анкету*, направленную на сбор социодемографических данных (пол, возраст) и информации о специальности и участии в оказании помощи пациентам с COVID-19. Затем респондентам предлагалось заполнить два блока методик: 1) для оценки уровня профессионального выгорания и психической дезадаптации; 2) для исследования вклада различных факторов в уровень профессионального выгорания и психической дезадаптации.

Для оценки уровня профессионального выгорания и психической дезадаптации использовались следующие шкалы.

1. *Опросник профессионального выгорания К. Маслач* (Водопьянова, Старченкова, 2008; Водопьянова, 2009) [1; 2], включающий 22 вопроса и три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Профессиональная успешность».

2. *Шкалы депрессии и тревоги А. Бека*, валидизированные на российской выборке Н.В. Тарабриной с соавторами (2001), включающие 21 пункт с описанием симптомов [12].

3. *Опросник посттравматического стресса (PCL—5)*, валидизированный Н.В. Тарабриной (2017), включающий 20 вопросов и 4 подшкалы, направленные на оценку симптомов посттравматического стресса, соответствующих критериям DSM, а именно: симптомы навязчивого повторения, избегания, негативных изменений в когнитивно-эмоциональной сфере и симптомов возбудимости [13].

Для исследования ситуационных и психологических факторов дистресса, профессионального выгорания и психической дезадаптации использовались следующие инструменты.

1. *Шкала оценки дистресса* (Термометр дистресса) — скрининговый инструмент, первоначально разработанный для оценки эмоционального дискомфорта у пациентов с заболеваниями, представляющими угрозу для жизни, и выявления основных факторов, вносящих вклад в эмоциональный дистресс (Holland, Bultz, 2007) [10; 22]. Шкала адаптирована на русскоязычной выборке (Олейникова, Гентс, Сирота, 2014) [7]. Испытуемым предлагается оценить общий уровень эмоционального дистресса по 10-балльной шкале. Авторами данной статьи методика была модифицирована и были выделены основные факторы дистресса у врачей-ординаторов в период второй волны пандемии (всего 33 фактора, см. в табл. 5), вклад каждого из них в общий дистресс оценивался по 4-балльной шкале. В ходе обработки полученных данных все выделенные факторы дистресса были объединены в пять доменов: эмоциональные и физические трудности, организационные трудности,

трудности коммуникации с пациентами, потери и заражение, а также учебные нагрузки. Также в гугл-форму был включен список факторов, отражающих источники и стратегии совладания с дистрессом (всего 19 факторов, см. в табл. 7), важность каждого из них для совладания с общим дистрессом тоже оценивалась по 4-балльной шкале. Эти факторы, в свою очередь, были объединены в пять доменов: социальная поддержка, административная поддержка, неформальное общение, продуктивное времяпровождение, избегание негативных эмоций.

2. *Калифорнийский опросник одиночества (Revised UCLA Loneliness Scale; Russell, Replau, Cutrona, 1980)*, предназначенный для оценки субъективного чувства одиночества и изоляции. Включает в себя 20 пунктов, находится в процессе валидации на российской выборке.

3. *Шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale или TAS-20; Taylor et al., 1985)*, направленная на оценку выраженности алекситимии. Включает 20 пунктов и имеет 3 подшкалы: трудность идентификации чувств, трудность описания чувств и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление. Адаптация Е.Г. Старостиной с соавторами (2009) [11].

4. *Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018)*, включающий 18 пунктов и 3 подшкалы: 1) Социально предписанный перфекционизм — озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; 2) Я-адресованный перфекционизм — высокие стандарты и требования к себе; 3) Перфекционистский когнитивный стиль — негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве.

## Результаты

Результаты исследования представлены в двух частях: 1) показатели профессионального выгорания и психической дезадаптации в обследованной выборке врачей ординаторов; 2) корреляционные связи между различными показателями и факторами психического неблагополучия в обследованной выборке, регрессионный анализ.

**Показатели профессионального выгорания и психической дезадаптации в обследованной выборке врачей ординаторов.** В обследованной выборке не было выявлено влияния пола, возраста, года обучения на показатели психической дезадаптации опрошенных респондентов, поэтому в дальнейшем эти факторы не учитывались.

В табл. 1, 2 представлено распределение респондентов в зависимости от выраженности симптомов депрессии и тревоги.

Таблица 1

**Число (%) врачей-ординаторов с разной степенью выраженности симптомов депрессии, суицидальными мыслями и намерениями в период второй волны пандемии (N=110)**

Показатель по Шкале депрессии Бека	Врачи-ординаторы N (%)
Нет депрессивных симптомов (0—13)	46 (42%)
Легкие депрессивные симптомы (14—18)	18 (16%)
Депрессивные симптомы умеренной тяжести (19—28)	32 (29%)
Выраженные симптомы депрессии (29 и более)	14 (13%)
Суицидальные мысли	12 (11%)
Суицидальные намерения	1 (0,9%)

Как видно из табл. 1, 42% выборки опрошенных отмечают симптомы депрессии умеренной (29%) и выраженной (13%) степени тяжести: нарушения сна, выраженную усталость и утрату интереса к жизни, чувство вины и другие тяжелые эмоциональные переживания. При этом наличие суицидальных мыслей отмечают 12 человек (11%), а суицидальных намерений — 1 человек (0,9% выборки). Полученные показатели по шкале депрессии Бека превышают аналогичные в общей популяции и в смешанной выборке медицинских работников, обследованных во время первой волны [8].

Симптомы тревоги высокой интенсивности у ординаторов, обследованных во время второй волны пандемии (табл. 2), отмечаются почти в два раза чаще по сравнению со смешанной выборкой медицинских работников, обследованных в первую волну [8], что можно объяснить, как и в случае симптомов депрессии, молодым возрастом врачей-ординаторов, а также ростом усталости и напряжения во время второй волны.

Таблица 2

**Число (%) врачей-ординаторов с разной степенью выраженности симптомов тревоги в период второй волны пандемии (N=110)**

Показатель по Шкале тревоги Бека	Врачи-ординаторы N (%)
Нет симптомов тревоги (0—4)	17 (15,4%)
Симптомы легкой тревоги (5—13)	41 (37,2%)
Симптомы тревоги умеренной интенсивности (14—18)	19 (17,4%)
Симптомы тревоги высокой интенсивности (19 и более)	33 (30%)

Из табл. 2 видно, что симптомы тревоги высокой интенсивности отмечают 30% обследованных врачей-ординаторов, а значит, помимо

страха, они ощущают разнообразные физиологические признаки тревоги (желудочно-кишечные расстройства, ощущение удушья, учащенное сердцебиение и др.), что в крайней степени выраженности может приводить к вегетативной буре и паническим атакам.

В табл. 3 дается сравнение средних показателей по шкалам опросника PCL-5 в выборке Н.В. Тарабиной с соавторами (2017) и обследованной выборке врачей-ординаторов. Шкала PCL-5 является международной шкалой, которая широко используется для оценки выраженности симптомов посттравматического стресса. Она была адаптирована и валидизирована на российской выборке, включавшей 945 человек (538 женщин и 407 мужчин) в возрасте от 18 до 56 лет [12].

Таблица 3

**Средние значения симптомов посттравматического стресса в выборке врачей-ординаторов в период второй волны пандемии (N=110) и по выборке выше среднего значения (Тарабина и др., 2017)**

Показатель субшкал PCL -5	Средние значения в популяционной выборке (Тарабина, 2017)	Максимальные значения в популяционной выборке (Тарабина, 2017)	Средние значения по выборке врачей-ординаторов (N=110) M (SD)
Кластер В (симптомы навязчивого повторения)	4,48	20	8,9 (5,71)
Кластер С (симптомы избегания)	1,92	8	3,5 (2,79)
Кластер D (негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере)	4,86	27	12,4 (7,01)
Кластер Е (симптомы возбудимости)	4,07	24	10,5 (5,72)
Общий балл	15,34	76	35,1 (19,04)

Как видно из табл. 3, подавляющее число врачей-ординаторов демонстрируют показатели практически вдвое выше средних значений, полученных в российской популяционной выборке, по всем четырем подшкалам шкалы PCL-5. Как отмечают авторы валидизации, общий балл выше 33 единиц по данной шкале свидетельствует о критическом значении показателя и риске манифестации полномасштабного ПТСР. Значения выше 33 баллов выявлены у 55% ординаторов, что говорит о серьезных последствиях для психического здоровья пережитого и переживаемого стресса у молодых врачей.

Ниже приведены данные о количестве врачей-ординаторов, попавших в разные квартильные интервалы обследованной выборки по уровню профессионального выгорания по шкалам опросника Маслач.

Таблица 4

**Число (%) врачей-ординаторов, имеющих низкие, средние и высокие показатели выгорания в период второй волны пандемии по квартильным интервалам в обследованной выборке (N=110)**

Различные параметры профессионального выгорания	Низкий уровень выгорания N (%)	Средний уровень выгорания N (%)	Высокий уровень выгорания N (%)
Эмоциональное истощение	23 (21%)	62 (56%)	<b>25 (23%)</b>
Деперсонификация	20 (18%)	63 (57%)	<b>27 (25%)</b>
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	27 (25%)	59 (53%)	<b>24 (22%)</b>

Как видно из табл. 4, более половины обследованных врачей-ординаторов испытывают умеренные признаки выгорания по всем трем параметрам шкалы К. Маслач. Однако почти у четверти из респондентов эти показатели достигают высокой степени, т. е. для них характерны переживания безрадостности и эмоционального опустошения, у них отсутствуют персонифицированные эмоционально поддерживающие и позитивные отношения с пациентами и коллегами, и они не воспринимают себя как успешных профессионалов.

На рис. 1, 2, 3 для большей наглядности представлено распределение выборки по интервалам значений всех трех показателей профессионального выгорания в обследованной выборке врачей-ординаторов. При этом для сопоставления дается также распределение респондентов с интервалами, приведенными в табл. 4 и полученными в исследовании Водопьяновой Н.В. (2009), выполненном до пандемии в смешанной группе сотрудников социальной сферы, включавшей и медицинских работников [1].

Как видно на рис. 1, 2, 3, показатели эмоционального истощения и деперсонификации практически в три раза выше в изучаемой выборке по сравнению с аналогичными у представителей помогающих профессий до пандемии (по средним показателям Водопьяновой). Показатели профессиональной успешности различаются не столь значительно, что можно интерпретировать как осознание чрезвычайной важности своей профессии у врачей в период пандемии.

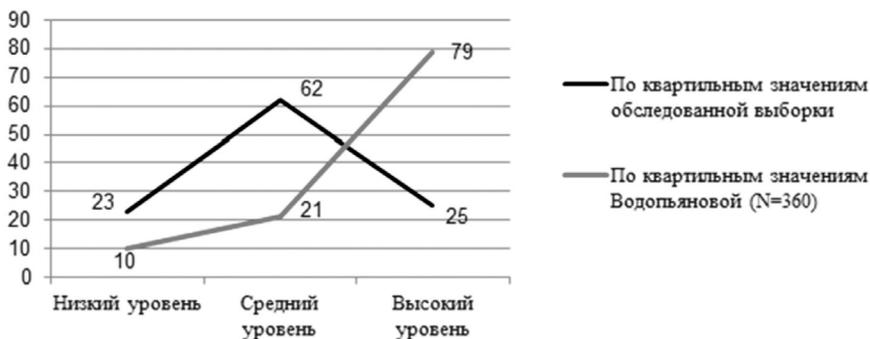


Рис. 1. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Эмоциональное истощение», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

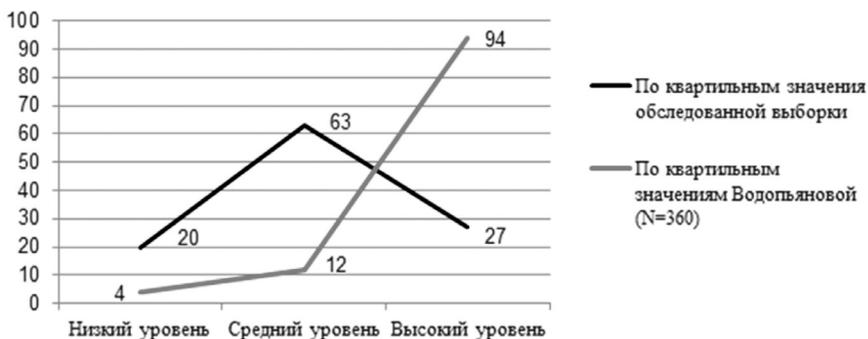


Рис. 2. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Деперсонализация», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

На рис. 4 представлены результаты по методике «Термометр дистресса». Все респонденты в зависимости от оценки уровня своего дистресса были разделены на три группы: 0—3 балла — низкий уровень; 4—7 баллов — средний уровень; 8—10 баллов — высокий уровень.

Как видно на рис. 4, 20% респондентов оценили свой уровень дистресса как низкий (т. е. не более 3 баллов из 10), 56% выбрали оценку от

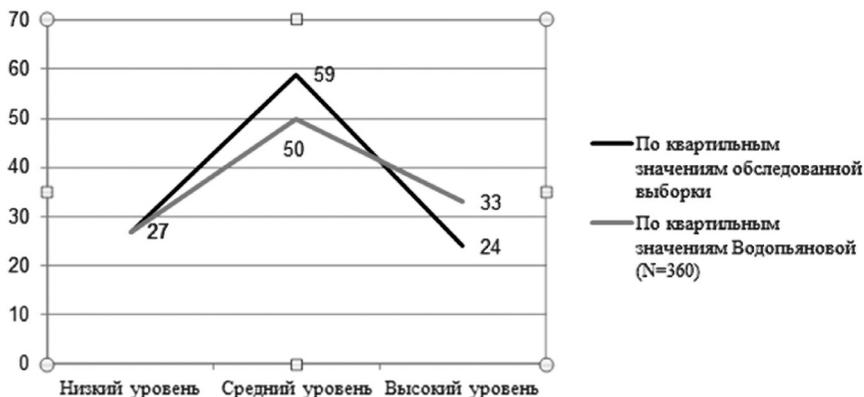


Рис. 3. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений по шкале «Редукция профессиональных достижений», полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водошнянова, 2009), и в квартильные интервалы в обследованной выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)

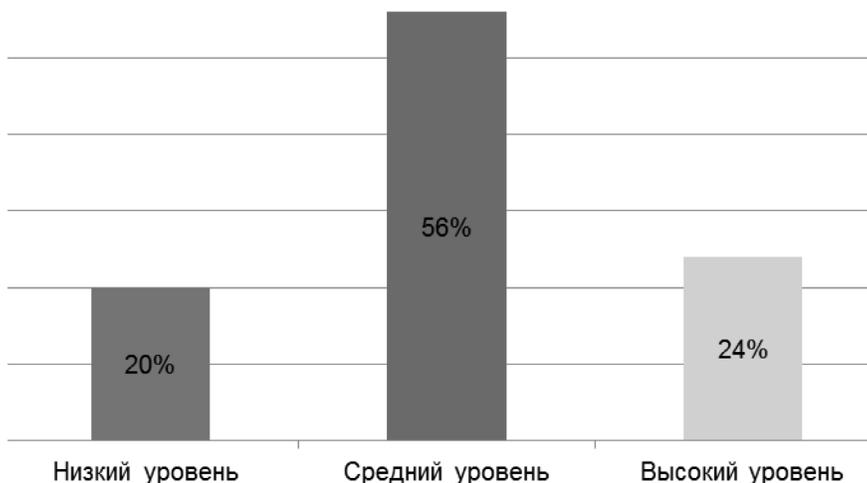


Рис. 4. Число (%) врачей-ординаторов во время второй волны пандемии с различным уровнем эмоционального дистресса в период пандемии (N=110, методика «Термометр дистресса»)

4 до 7 баллов, и 24% отметили экстремально высокие показатели дистресса — от 8 до 10 баллов.

В табл. 5 представлены результаты анализа оценки медицинскими работниками вклада того или иного из 33 факторов в общий эмоциональный дистресс.

Таблица 5

**Число (%) врачей-ординаторов, оценивших наивысшими баллами вклад того или иного фактора в общий эмоциональный дистресс в период второй волны пандемии (N=110)**

<b>Области эмоционального дистресса</b>	<b>Врачи-ординаторы, N (%)</b>
Недостаток сна	82 (75%)
Опасение, что я получу меньше от процесса обучения из-за пандемии	82 (74%)
Необходимость сочетать работу и учебу с ростом нагрузки, связанной с работой	81 (72%)
Увеличение доли дистанционных занятий в учебных программах и опасения за качество обучения	71 (64%)
Сопrotивление/Нежелание выходить на смену	61 (55%)
Беспокойство/Тревога	55 (50%)
Чувство несправедливости в отношении распределения ресурсов (премии, отпуска и т. д.) и нехватка поддержки общества	55 (50%)
Резкое возрастание нагрузки из-за болезни инфицированных коллег, нехватки медицинского персонала, необходимости осваивать непривычную работу	54 (49%)
Возрастание ответственности за тяжелых больных при недостатке опыта	54 (49%)
Нервозность	54 (49%)
Грусть/ Депрессия	54 (49%)
Информационный шум (большое количество разной информации, постоянные изменения в информации)	51 (46%)
Злость/Раздражительность	50 (45%)
Беспокойство за безопасность членов семьи	48 (43%)
Несогласие с руководством, недоверие руководству	47 (42%)
Организационные трудности (распределение обязанностей, недостатки оперативной связи между специалистами)	45 (41%)

<b>Области эмоционального дистресса</b>	<b>Врачи-ординаторы, N (%)</b>
Скука/Апатия	41 (37%)
Пассивность	41 (37%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	37 (33%)
Одиночество/Чувство изоляции	36 (32%)
Физический дискомфорт	36 (32%)
Подтвержденный факт собственного заражения и карантин	35 (32%)
Страх (заразиться, заразить близких, потерять пациента)	33 (30%)
Потеря коллег	32 (29%)
Разрушение привычного графика работы (плано-вые госпитализации, отпуска и т.д.) и перераспределение обязанностей	30 (27%)
Потеря пациента	30 (27%)
Трудности в общении с родственниками пациентов	29 (26%)
Агрессия со стороны пациентов	28 (25%)
Недоступность более надежных медицинских средств защиты из-за специфики отделения (не-ковидные корпуса)	21 (19%)
Чувство вины	19 (17%)
Нехватка медицинских средств защиты	18 (16%)
Трудности в общении с пациентами	17 (15%)
Страх заразиться от инфицированного пациента без подтвержденного диагноза COVID-19	16 (14%)

Как видно из табл. 5, более 50% опрошенных выделили следующие факторы дистресса как наиболее значимые: «Недостаток сна», «Опасение, что я получу меньше от процесса обучения из-за пандемии», «Необходимость сочетать работу и учебу и рост нагрузки, связанной с работой», «Увеличение доли дистанционных занятий в учебных программах и опасения за качество обучения», «Соппротивление/Нежелание выходить на смену», «Беспокойство/Тревога», «Чувство несправедливости в отношении распределения ресурсов (премии, отпуска и т. д.) и нехватка поддержки общества». Таким образом, по субъективной оценке врачей-ординаторов трудности и опасения, связанные с необходимостью сочетать учебу и работу, играют значимую роль в состоянии дистресса. Следует отметить, что более трети

выборки пережили дистресс, связанный с собственным заражением COVID-19, и 32 человека высоко оценили дистресс, связанный с потерей коллег. При этом, по сравнению со смешанной выборкой, обследованной во время первой волны, гораздо меньше специалистов испытывают выраженное беспокойство по поводу средств защиты и страха заражения.

Все факторы эмоционального дистресса были объединены в 5 доменов («Эмоциональные и физические трудности», «Организационные трудности», «Трудности коммуникации с пациентами», «Потери и заражение» и «Учебная нагрузка»).

Ниже приводится таблица с корреляциями, отражающими значимость различных доменов для общего балла дистресса (табл. 6).

Таблица 6

**Корреляции между общим баллом эмоционального дистресса и средними показателями различных доменов проблемных областей в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Домены	Средний показатель «Термометра дистресса» по 10-балльной шкале
Эмоциональные и физические трудности	0,713**
Организационные трудности	0,623**
Трудности коммуникации с пациентами	0,375**
Потери и заражение	0,314**
Учебные нагрузки	0,345**

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 6, наиболее сильную и высокозначимую корреляцию с общим показателем эмоционального дистресса демонстрирует домен эмоциональных и физических трудностей, включающий различные негативные эмоции, в том числе страх заражения и чувство одиночества и изоляции. Следующая по силе корреляция представлена организационными трудностями (включает проблемы в распределении обязанностей, нехватку средств защиты и необходимость осваивать новую непривычную работу). Более слабыми корреляциями с общим дистрессом связаны сложности в коммуникации с пациентами, учебные нагрузки (тревога за качество знаний и необходимость совмещать учебный процесс и работу), а также переживания, связанные с потерей коллег и пациентов, и собственные проблемы со здоровьем.

Ниже в табл. 7 приведены результаты анализа оценки вклада 19 различных факторов в совладание с дистрессом.

Таблица 7

**Число (%) врачей-ординаторов, оценивших наивысшими баллами вклад того или иного фактора-протектора в снижение общего эмоционального дистресса в период второй волны пандемии (N=110)**

<b>Факторы-протекторы</b>	<b>Врачи-ординаторы N (%)</b>
Поддержка со стороны семьи	94 (85%)
Поддержка со стороны коллег	78 (70%)
Обсуждение своих переживаний с близкими людьми	77 (69%)
Возможность делать перерывы для отдыха	76 (68%)
Благодарность пациентов	68 (61%)
Переключение на другую деятельность во время перерывов и после работы	68 (61%)
Материальное поощрение	62 (56%)
Благодарность и поддержка со стороны общества	61 (55%)
Обсуждение с коллегами, переживающими или пережившими сходный опыт	58 (52%)
Возможность создания более щадящего и гибкого графика обучения и работы	58 (52%)
«Серфинг» в Интернете, чтобы отключиться от неприятных воспоминаний, мыслей и чувств	57 (51%)
Создание неформальной дружеской обстановки во время занятий и поддержка со стороны преподавателей	55 (50%)
Неформальная дружеская обстановка и ее поддержка со стороны администрации	54 (48%)
Возможность обратиться за поддержкой к администрации и руководителям образовательного учреждения, где Вы проходите стажировку	40 (36%)
Поддержка со стороны администрации	39 (35%)
Относительная свобода перемещения и планов, так как не работал непосредственно с пациентами с COVID -19	36 (32%)
Информация о текущей ситуации и задачах со стороны руководства	29 (26%)
Доступ к психологической информации о способах снятия стресса	23 (21%)
Употребление алкоголя после работы для снятия напряжения	19 (17%)

Как видно из табл. 7, половина и более опрошенных выделили следующие факторы-протекторы как наиболее эффективно снижающие стресс:

«Поддержка со стороны семьи», «Поддержка со стороны коллег», «Обсуждение своих переживаний с близкими людьми», «Возможность делать перерывы для отдыха», «Благодарность пациентов», «Переключение на другую деятельность во время перерывов и после работы», «Материальное поощрение», «Благодарность и поддержка со стороны общества», «Обсуждение с коллегами, переживающими или пережившими сходный опыт», «Возможность создания более щадящего и гибкого графика обучения и работы», «“Серфинг” в Интернете, чтобы отключиться от неприятных воспоминаний, мыслей и чувств», «Создание неформальной дружеской обстановки во время занятий и поддержка со стороны преподавателей». Помимо оптимизации условий работы и введения дополнительных материальных стимулов, бросается в глаза важность неформального поддерживающего общения, которую отметили большинство участников исследования.

Сравнение показателей психического неблагополучия (симптомов депрессии, тревоги и посттравматического стресса) у групп врачей-ординаторов, работающих отделениях с COVID-19 и работающих в других отделениях, не выявило значимых различий между группами. Однако были получены значимые различия в общем уровне дистресса, а также некоторых отдельных доменах, объединяющих как факторы дистресса («Трудности коммуникации с пациентами», «Организационные трудности», «Потери и заражения»), так и факторы совладания с ним («Административная поддержка», «Социальная поддержка» и «Неформальное общение»). Вопреки ожиданиям, все перечисленные выше показатели оказались выше у ординаторов, не работающих с пациентами с COVID-19, что может быть связано с возросшей нагрузкой в других отделениях, повышенным риском заражения без надежных защит, имеющихся в «красных зонах», а также недостаточным поощрением тех молодых врачей, которые заняты в оказании помощи пациентам с другими заболеваниями. Группа врачей-ординаторов, не работающих в отделениях для COVID-пациентов, выше оценивают значимость разных видов поддержки — от административной до неформального общения.

Таким образом, врачи-ординаторы, не работающие в отделениях с COVID-19, испытывают больший дистресс, связанный с организационными трудностями, риском заражения и недостаточным поощрением, и более заинтересованы в таких способах его снижения, как поддержка от близких и от администрации.

Сравнение таких факторов профессионального выгорания и психического неблагополучия, как алекситимия, перфекционизм и одиночество у групп врачей-ординаторов, работающих отделениях с COVID-19 и работающих в других отделениях, не дало значимых различий между группами. Однако средние значения по этим показателям во всей выборке можно отнести к экстремально высоким. Так, средние значения показателя по трехфакторному опроснику перфекционизма — 43,8 балла при стандартном отклонении

4,76 — попадают в зону крайних значений популяционной группы, обследованной авторами опросника для его валидации. Согласно данным валидации, в популяционной группе разброс средних значений в квартильном интервале колеблется от 29 до 43 баллов; а в клинической группе больных депрессивными и тревожными расстройствами — от 36 до 50 баллов [3]. Средние значения по шкале alexitimии TAS-20 у ординаторов (59,8 баллов при стандартном отклонении 8,26) также превышают средние значения, полученные авторами ее валидации в популяционной группе (52,3 при стандартном отклонении 12,38) [11]. Опросник одиночества находится в процессе валидации в русскоязычной выборке, что делает пока затруднительной оценку его показателей. Однако в целом можно сделать вывод о высоких показателях психологических факторов психической дезадаптации и профессионального выгорания в обследованной группе ординаторов.

**Корреляционные связи различных факторов и показателей профессионального выгорания, психической дезадаптации и данные регрессионного анализа, отражающего вклад различных факторов.** В табл. 9 приведены результаты исследования взаимосвязи эмоциональной дезадаптации, профессионального выгорания и факторов дистресса.

Таблица 9

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL-5) и показателей профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с факторами дистресса в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Эмоциональные и физические трудности	Организационные трудности	Трудности коммуникации с пациентами	Потери и заражение	Учебные нагрузки	Общий дистресс
Депрессия	<b>0,715**</b>	<b>0,513**</b>	0,169	0,139	<b>0,212*</b>	<b>0,626**</b>
Тревога	<b>0,808**</b>	<b>0,609**</b>	<b>0,357**</b>	<b>0,245**</b>	<b>0,333*</b>	<b>0,603**</b>
Эмоциональное истощение	<b>0,735**</b>	<b>0,650**</b>	<b>0,235*</b>	0,146	<b>0,300*</b>	<b>0,600**</b>
Деперсонификация	<b>0,426**</b>	<b>0,389**</b>	0,145	0,007	0,114	<b>0,310**</b>
Ощущение профессиональной успешности	-0,165	-0,016	-0,043	0,160	<b>0,212*</b>	-0,096
Общий балл PCL-5	<b>0,677**</b>	<b>0,528**</b>	<b>0,278**</b>	0,154	<b>0,257*</b>	<b>0,564**</b>

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 9, домен эмоциональных и физических трудностей имеет высокосignимые сильные корреляции с показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и симптомами посттравматического стресса, а также корреляции средней силы с показателями деперсонификации. Показатель организационных трудностей и общий балл дистресса имеют высокосignимые связи средней силы со всеми представленными показателями, кроме ощущения профессиональной успешности. Три остальных домена дали в целом более низкие и менее значимые корреляции с разными показателями психического неблагополучия. Интересно, что единственным фактором, который положительно коррелирует с показателем профессиональной успешности, оказался показатель роста учебных нагрузок. Возможно, молодые ординаторы, переживающие тревогу за учебный процесс, несмотря на усталость, больше включены в него и чаще ощущают себя профессионалами.

Связь показателей эмоциональной дезадаптации, профессионального выгорания с факторами-протекторами, способствующими совладанию с дистрессом отражена в табл. 10.

Таблица 10

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL -5) и показателей профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с факторами совладания с дистрессом в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Административная поддержка	Социальная поддержка	Неформальное общение	Продуктивное времяпровождение	Избегание негативных эмоций
Депрессия	<b>-0,306**</b>	<b>-0,236*</b>	<b>-0,272*</b>	<b>-0,244*</b>	<b>0,193*</b>
Тревога	-0,151	-0,158	-0,083	-0,186	0,132
Эмоциональное истощение	<b>-0,301**</b>	<b>-0,245**</b>	<b>-0,264**</b>	<b>-0,245**</b>	<b>0,265**</b>
Деперсонификация	<b>-0,294**</b>	<b>-0,355**</b>	<b>-0,227*</b>	<b>-0,242*</b>	<b>0,335**</b>
Ощущение профессиональной успешности	-0,012	0,137	0,033	0,095	-0,023
Общий балл PCL-5	<b>-0,226*</b>	-0,063	-0,113	-0,156	0,133

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Как видно из табл. 10, связи факторов-протекторов с показателями выгорания и психического неблагополучия менее сильные и значимые

по сравнению со связями факторов дистресса, отраженными в табл. 9. Тем не менее, важно отметить, что практически все имеющиеся корреляции отрицательные, что говорит о пользе, как различных видов поддержки, так и продуктивного переключения после работы. Исключение составляет избегание негативных эмоций в виде таких копингов, как «серфинг» в Интернете и алкоголь, который положительно связан с ростом деперсонализации, видимо, по сходству защитных механизмов — изоляции от негативных переживаний.

В табл. 11 приводятся взаимосвязи показателей профессионального выгорания и психической дезадаптации с такими психологическими факторами, как алекситимия, одиночество и перфекционизм.

Таблица 11

**Корреляции показателей психической дезадаптации (шкалы депрессии и тревоги Бека, опросник PCL -5) и профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) с показателями алекситимии, перфекционизма и одиночества (шкалы алекситимии и трехфакторный опросник перфекционизма) в выборке врачей-ординаторов во время второй волны пандемии (N=110)**

Шкалы	Алекситимия общий балл	Перфекционизм	Переживание одиночества
Депрессия	<b>0,590**</b>	<b>0,503**</b>	<b>0,532**</b>
Тревога	<b>0,494**</b>	<b>0,387**</b>	<b>0,407**</b>
Эмоциональное истощение	<b>0,480**</b>	<b>0,398**</b>	<b>0,485**</b>
Деперсонализация	<b>0,359**</b>	0,134	<b>0,302**</b>
Профессиональная успешность	<b>-0,241*</b>	-0,104	<b>-0,375**</b>
Общий балл PCL-5	<b>0,565**</b>	<b>0,430**</b>	<b>0,541**</b>

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Показатель алекситимии, отражающий трудности идентификации и описания эмоций, положительно связан со всеми изучаемыми параметрами, кроме ощущения профессиональной успешности, имеющей обратную связь с показателем алекситимии. Плохое понимание собственных эмоций и неспособность ими делиться мешают переработке негативных чувств и сближению с другими людьми, что приводит к быстрому выгоранию на рабочем месте. Также мешает чувствовать себя успешным переживание одиночества, которое, как и алекситимия, связано с ростом практически всех показателей психического неблагополучия. Общий показатель перфекционизма дал высокозначимые связи средней силы с показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и симптомами травматического стресса. В данной таблице мы

не приводим корреляции отдельных подшкал этой методики, однако следует отметить, что показатель так называемого Я-адресованного перфекционизма не обнаруживает положительных корреляций с симптомами психического неблагополучия, но связан высокосignификантными корреляциями средней силы с ощущением профессиональной успешности. Это может свидетельствовать о том, что Я-адресованный перфекционизм не всегда является деструктивным, в отличие от социально-предписываемого перфекционизма, который выражается в озабоченности оценками со стороны других, а также от перфекционистского когнитивного стиля в форме фиксации на допущенных ошибках и несовершенстве. Как социально предписанный перфекционизм, так и перфекционистский когнитивный стиль дали положительные корреляции средней силы с симптомами психического неблагополучия.

Также была проведена серия регрессионных анализов для оценки влияния факторов дистресса (всего 6 доменов), факторов протекторов (всего 5 доменов), а также таких психологических факторов, как алекситимия (3 шкалы), одиночество и перфекционизм (3 шкалы) на симптомы депрессии, тревоги, посттравматического стресса и профессионального выгорания. Всего проверялось влияние 20 независимых переменных на зависимые переменные (депрессия, тревога, посттравматический стресс, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональная успешность).

Ниже приведены данные регрессионного анализа для депрессии (табл. 12).

Таблица 12

**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Депрессия» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Одиночество	0,249	3,830	0,000
Эмоциональные и физические трудности	0,333	3,720	0,000
Алекситимия	0,235	3,536	0,001
Общий уровень дистресса	0,251	3,065	0,003

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Как показано в табл. 12, основными переменными, влияющими на рост показателей депрессии, являются эмоциональные и физические трудности, алекситимия, переживание одиночества и общий уровень дистресса. Можно сделать вывод о том, что переживание физического дискомфорта и негативных эмоций, которые не подвергаются психологической переработке, приводит к ухудшению самочувствия, а наряду с

ощущением покинутости и социальной изоляции в условиях повышенного дистресса ведет к ощущению безнадежности, снижению настроения и росту депрессивной симптоматики. Модель объясняет 81,6% дисперсии зависимой переменной «Депрессия» ( $R^2=0,816$ ;  $F=52,38$ ).

Аналогичная процедура была проделана по отношению к зависимой переменной «Тревога» (табл. 13).

Таблица 13

**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Тревога» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,678	10,568	0,000
Алекситимия	0,228	3,559	0,001

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Выявлено влияние только двух независимых переменных на зависимую переменную «Тревога»: эмоциональные и физические трудности и алекситимия. Можно сделать вывод, что переработанный стресс, связанный с трудностями осознания и выражения эмоций, приводит к их разрастанию и соматизации, психофизиологическому возбуждению и росту вегетативных симптомов тревоги. Таким образом, наряду с объективными причинами тревоги алекситимия также способствует ее росту. Модель объясняет 65,2% дисперсии зависимой переменной «Тревога» ( $R^2=0,652$ ;  $F=100,08$ ).

В табл. 14 представлены результаты регрессионного анализа для общего показателя симптомов травматического стресса.

Таблица 14

**Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Посттравматический стресс» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,387	5,661	0,000
Перфекционизм	0,280	3,985	0,000
Алекситимия	0,219	3,236	0,002
Одиночество	0,167	2,390	0,019

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Мы видим, что на рост симптоматики посттравматического стресса влияют те же факторы, что и на рост депрессивной симптоматики, од-

нако вместо уровня дистресса важное (второе по значимости) влияние оказывает перфекционизм. Тревога из-за возможного несоответствия высоким стандартам, фиксация на негативных моментах своей деятельности приводят к когнитивной загруженности негативными воспоминаниями о неудачах, росту общего напряжения и эмоционального истощения. Модель объясняет 65,8% дисперсии зависимой переменной ПТСР ( $R^2=0,658$ ;  $F=50,61$ ).

В табл. 15, 16 и 17 приведены данные влияния независимых переменных на три параметра профессионального выгорания.

Как видно из табл. 15, при осуществлении регрессионного анализа для переменной «Эмоциональное истощение» к присутствующему во всех предшествующих регрессиях домену «Эмоциональные и физические трудности» добавляется домен организационных трудностей, а к переживаниям одиночества добавляется перфекционистский когнитивный стиль, выражающийся в постоянной фиксации на свои ошибках и неудачах, которые совершенно неизбежны в условиях повышенных организационных трудностей и сверхнагрузок.

Таблица 15  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Эмоциональное истощение» ( $N=110$ )

Показатель	$\beta$	t	p
Эмоциональные и физические трудности	0,434	4,743	0,000
Организационные трудности	0,223	2,586	0,011
Перфекционистский когнитивный стиль	0,180	2,507	0,014
Одиночество	0,162	2,296	0,024

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Мы видим, что организационные трудности, связанные с общением с руководством, правилами системы, которые надо соблюдать, наряду с фиксацией на негативных моментах в работе приводят к эмоциональному истощению. Модель объясняет 65% дисперсии зависимой переменной «Эмоциональное истощение» ( $R^2=0,645$ ;  $F=47,62$ ).

Интересные данные получены для зависимой переменной «Деперсонализация» (табл. 16). На первое место по значимости в этой регрессии вышел один из показателей шкалы алекситимии «Экстернальное мышление» (общий показатель шкалы тоже вошел в регрессию). Это означает, что молодые врачи, склонные к деперсонализации, мало обращают внимания на внутреннюю жизнь, как свою, так и других людей, и больше сосредоточены на внешних событиях, что может усиливать интенсив-

ность и деструктивность всех негативных эмоций. Наконец, для склонных к избеганию эмоционального контакта специалистов свойственны такие деструктивные копинги, как серфинг в Интернете и употребление алкоголя или стратегия избегания чувств.

Таблица 16  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Деперсонификация» (N=110)

Показатель	$\beta$	t	p
Экстернальное мышление	0,457	4,210	0,000
Эмоциональные и физические трудности	0,224	2,612	0,010
Социальная поддержка	-0,330	-4,366	0,000
Избегание негативных эмоций	0,267	3,513	0,001
Алекситимия	0,272	3,227	0,002

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

При этом, как видно из единственной обратной связи в регрессии, социальная поддержка со стороны семьи, общества и коллег (домен социальной поддержки), наоборот, снижает деперсонифицированное отношение ординаторов к пациентам. Модель объясняет 41% дисперсии зависимой переменной «Деперсонификация» ( $R^2=0,411$ ;  $F=18,31$ ).

Несколько неожиданно на переживание успешности оказывают наиболее важное и при этом разнонаправленное влияние два показателя шкалы перфекционизма. Если Я-адресованный перфекционизм, связанный с постановкой собственных целей и высоких стандартов, способствует ощущению профессиональной успешности, то перфекционистский когнитивный стиль, напротив, по понятным причинам способствует постоянной фиксации на неудачах и разрушает это ощущение. Также подрывает его и переживание одиночества.

Таблица 17  
Регрессионный анализ для зависимой переменной  
«Профессиональные достижения» (N=110)

Показатель	$\beta$	T	p
Я-адресованный перфекционизм	0,446	5,583	0,000
Перфекционистский когнитивный стиль	-0,283	-3,008	0,003
Одиночество	-0,246	-2,657	0,009

Примечание:  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Модель объясняет 35,1% дисперсии зависимой переменной «Профессиональные достижения» ( $R^2=0,351$ ;  $F=19,10$ ).

Как видно из всех приведенных выше регрессий, в них, за исключением регрессий для зависимых переменных «Тревога» и «Деперсонификация», присутствует влияние независимой переменной «Одиночество». Согласно описанной во введении культурно-исторической ситуации становления молодых специалистов и приведенным во введении данным исследований, переживание одиночества у молодых врачей является во многом результатом возросшего за последние десятилетия перфекционизма, прежде всего, социально предписанного, а также результатом недостаточной компетенции в области социального познания — алекситимии. Поэтому было важно математически проверить влияние перфекционизма и алекситимии на показатели одиночества. Также важно было посмотреть, влияют ли перегрузки в форме различных факторов дистресса, а также стратегии совладания с ним на переживание одиночества. Поэтому мы решили изучить влияние всех факторов дистресса, алекситимии и перфекционизма на рост переживаний одиночества.

Как видно из табл. 18, наиболее значимым фактором, влияющим на ощущение одиночества, является социально-предписанный перфекционизм — уверенность в высокой критичности и высоких ожиданиях со стороны других людей, что может затруднить обращение за помощью из-за страха негативной оценки с их стороны и стимулировать деструктивную стратегию избегания контактов. Следующим по значимости фактором риска погружения в переживания одиночества является один из показателей независимой переменной «Алекситимия» — «Трудности идентификации чувств», так как эти трудности не только затрудняют переработку и саморегуляцию эмоций, но и делают невозможной эмоциональную близость с другими людьми, обращение за помощью и получение эмоциональной поддержки от них. Как видим, именно наличие такой поддержки (социальная поддержка — последняя переменная в регрессии) предохраняет молодых специалистов от деструктивного чувства одиночества и заброшенности, невозможности опереться на свое социальное окружение.

Таблица 18

**Регрессионный анализ для зависимой переменной «Одиночество» (N=110)**

Показатель	$\beta$	t	p
Социально-предписанный перфекционизм	0,401	5,031	0,000
Трудности идентификации чувств	0,315	3,950	0,000
Социальная поддержка	-0,254	-3,421	0,001

*Примечание:*  $\beta$  — стандартизованный регрессионный коэффициент; t — критерий Стьюдента; p — уровень значимости.

Модель объясняет 42% дисперсии зависимой переменной «Профессиональные достижения» ( $R^2=0,420$ ;  $F=25,56$ ).

## **Обсуждение результатов**

Как уже отмечалось во введении, современная культурно-историческая ситуация в области высшего образования отличается ростом конкуренции и заметным ухудшением состояния психического здоровья у будущих специалистов. Британские специалисты на основании данных масштабного срезового исследования студенческой популяции за последние три десятилетия связывают это с ростом среди учащейся молодежи такой личностной черты, как перфекционизм — завышенные стандарты деятельности, убежденность в очень высоких ожиданиях от них со стороны окружающих, фиксация на ошибках и страх критики и отвержения [19]. Аналогичные данные получены и в российском исследовании, выявившим значительный рост перфекционистских установок среди студентов вузов за последнее десятилетие [15]. Как отмечается в ряде других исследований, ситуация пандемии еще больше усугубила риски для специалистов социальной сферы и прежде всего для медицинских работников, среди которых наиболее уязвимую категорию представляют молодые врачи [24]. Данные нашего исследования подтверждают указанные выводы и позволяют проверить предположение относительно связи высокого уровня выгорания и психического неблагополучия с высокими показателями перфекционизма у молодых врачей-ординаторов, проходящих обучение в Учебном центре в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского.

Как показал регрессионный анализ, высокие показатели перфекционизма, прежде всего социально предписанного, а также перфекционистского когнитивного стиля, наряду с высокими показателями алекситимии (трудностями описания и выражения чувств), способствуют переживанию одиночества, избеганию контактов и изоляции от людей, эмоциональному истощению и снижению удовлетворенности от работы, а также усилению симптомов посттравматического стресса. Вместе с тем Я-адресованный перфекционизм, или ориентация на собственные высокие стандарты, напротив, способствует сохранению ощущения профессиональной успешности, этот аспект перфекционизма не показал связи с проявлениями психической дезадаптации. Можно предположить, что ординаторы, способные ставить собственные цели и задачи, отличаются более зрелой, субъектной позицией в учебной деятельности, больше вовлечены в эту деятельность и чувствуют себя более уверенно как профессионалы.

Серия регрессионных анализов позволила в комплексе изучать влияние психологических факторов, а также различных ситуационных факторов дистресса. В результате получили полное подтверждение данные о деструктивности для психического здоровья молодых врачей не только ситуационных психологических и физических перегрузок, связанных с пандемией, но и таких устойчивых психологических факторов, как склонность к переживанию одиночества, перфекционизм и алекситимия. Важно также отметить, что деперсонификации или отстраненности во взаимодействии с пациентами и коллегами способствуют дефицит эмоциональной компетентности и стратегии избегания эмоций («серфинг» в Интернете и употребление алкоголя), а также дефицит близости и социальной поддержки. Показана важная протективная роль близости с другими людьми, поддержки со стороны семьи и администрации, благодарности пациентов и общества, а также конструктивного решения организационных проблем для сохранения здоровья молодых врачей, проходящих обучение в сложных условиях пандемической ситуации.

## **Выводы**

Таким образом, в обследованной выборке врачей-ординаторов, профессиональная деятельность которых осуществляется во время второй волны пандемии COVID-19, отмечаются высокие показатели профессионального выгорания, симптомов посттравматического стресса, тревоги, депрессии и суицидальной направленности.

1. Значимый вклад в эмоциональный дистресс вносят ситуационные факторы, связанные с опасением за качество получаемого образования в период пандемии, а также с недостатком сна, беспокойством и тревогой. В качестве факторов, способствующих совладанию с дистрессом, большинство ординаторов выделяют поддержку семьи, коллег, возможность обсуждения проблем в неформальной обстановке, благодарность пациентов и поддержку, в том числе материальную, со стороны администрации. Ординаторы, не занятые в работе с пациентами с COVID-19, значимо не отличаются от ординаторов, работающих в «красных зонах», по всем изученным показателям психической дезадаптации и профессионального выгорания, однако они выше оценили субъективный дистресс и значимость таких усугубляющих дистресс факторов, как несправедливость в распределении ресурсов и организационные трудности, включая доступность надежной защиты.

2. Результаты исследования вклада психологических факторов в уровень психического неблагополучия и профессионального выгорания молодых врачей показали важность переживания одиночества, перфек-

ционистских установок (ожидание критики и негативной оценки и постоянная фиксация на своих ошибках и несовершенстве), трудностей в распознавании и понимании эмоций (алекситимия), а также стратегий избегания негативных чувств вместо их психологической переработки.

3. Проведенное исследование позволяет уточнить задачи психологической подготовки молодых врачей и убедительно доказывает необходимость повышения их психологической компетентности для сохранения здоровья и профессиональной эффективности. Важными задачами являются повышение эмоционального интеллекта, способности строить конструктивные отношения с другими людьми, снижение уровня социально предписанного перфекционизма и перестройка перфекционистского когнитивного стиля. С другой стороны, важно подчеркнуть необходимость решения организационных задач, возникающих при совмещении работы и учебы, а также при взаимодействии с супервизорами и старшими коллегами, обеспечения доступности как профессиональной, так и эмоциональной поддержки (снижение страха критики и негативной оценки в случае обращения за помощью).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
3. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302
4. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А.* Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск; Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
5. *Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.* Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 46—69. DOI:10.17759/cpp.2020280203
6. *Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., и др.* Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39—49. URL: [https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml) (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.17759/jmfp.2020090104
7. *Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А.* Исследование дистресса у женщин, больных злокачественными новообразованиями [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). URL: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article13.php](http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php) (дата обращения: 04.05.2021)
8. *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., и др.* Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у

- медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8—45. DOI:10.17759/cpp.2020280202
9. *Рогова Е.Е.* Взаимосвязь одиночества и эмоционального выгорания у сотрудников скорой помощи [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8. № 6. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/128PSMN620.pdf> (дата обращения: 04.05.2021)
  10. *Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., и др.* Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/ подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 4. С. 76—82. DOI:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
  11. *Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., и др.* Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 4. С. 31—38.
  12. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
  13. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., и др.* Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
  14. *Трухан Е.А., Кутас О.В.* Взаимосвязь алекситимии с профессиональным выгоранием у социальных работников // Философия и социальные науки. 2010. № 3. С. 59—63.
  15. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Цацулин Т.О.* Динамика показателей перфекционизма и симптомов эмоционального неблагополучия в российской студенческой популяции за последние десять лет: когортное исследование // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 3. С. 41—50. DOI:10.17759/chp.2019150305
  16. *Aitkenhead D.* Panic, chronic anxiety and burnout: Doctors at breaking point [Электронный ресурс] // The Guardian. 2018. March 10. URL: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/10/panic-chronic-anxiety-burnout-doctors-breaking-point> (дата обращения: 04.05.2021).
  17. *Choi K.W., Stein M.B., Nishimi K.M., et al.* An exposure-wide and Mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for the prevention of depression // American Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 177 (10). P. 944—954. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19111158
  18. *Craiovan P.* Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2014. Vol. 127. P. 529—533. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.03.304
  19. *Curran T.* How perfectionism became a hidden epidemic among young people [Электронный ресурс] // The Conversation. 2018. January 8. URL: <https://theconversation.com/how-perfectionism-became-a-hidden-epidemic-among-young-people-89405> (дата обращения: 04.05.2021)
  20. *Forbes M., Iyengar S., Kay M.* Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: A qualitative analysis [Электронный ресурс] // BMJ.

2019. Vol. 9 (6). URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e027558> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1136/bmjopen-2018-027558
21. *Holland J.C., Bultz B.D.* The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital sign // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2007. Vol. 5 (1). P. 3—7. DOI:10.6004/jnccn.2007.0003
  22. *Imran N. Masood H.M.U., Ayub M., et al.* Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: A cross-sectional survey [Электронный ресурс] // *Postgraduate Medical Journal*. 2020. URL: <https://pmj.bmj.com/content/early/2020/08/25/postgradmedj-2020-138364> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1136/postgradmedj-2020-138364
  23. *Kannampallil T.G., Goss C.W., Evanoff B.A., et al.* Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2020. Vol. 15 (8). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237301> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.1371/journal.pone.0237301
  24. *Kerrier M., Pougnet R., Garlantézec R., et al.* Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecin // *La Presse Médicale*. 2015. Vol. 44 (4-1). P. 84—91. DOI:10.1016/j.lpm.2014.06.042
  25. *Munro C., Burke J., Allum W., et al.* COVID-19 leaves surgical training in crisis [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2021. Vol. 372. URL: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n659> (дата обращения: 25.04.2021). DOI:10.1136/bmj.n659
  26. *Ofei-Doodoo S., Ebberwein C., Kellerman R.* Assessing loneliness and other types of emotional distress among practicing physicians // *Kansas Journal of Medicine*. 2020. Vol. 13 (1). P. 1—5. URL: <https://journals.ku.edu/kjm/article/view/13394/12612> (дата обращения: 04.05.2021). DOI:10.17161/kjm.v13i1.13394
  27. *Riethof N., Bob P., Laker M., et al.* Alexithymia, traumatic stress symptoms and burnout in female healthcare professionals [Электронный ресурс] // *Journal of International Medical Research*. 2020. Vol. 48 (4). URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060519887633> (дата обращения: 15.04.2021). DOI:10.1177/0300060519887633
  28. *Rimmer A.* COVID-19: Most trainees have faced disruption to their training, GMC survey shows [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2020. Vol. 371. URL: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4093> (дата обращения: 15.04.2021). DOI:10.1136/bmj.m4093
  29. *Saeidi Z., Ebrahimi H., Areshtanab H.N., et al.* Alexithymia and its relationships with job burnout, personality traits, and shift work among hospital nurses: A cross-sectional study // *Nursing and Midwifery Studies*. 2020. Vol. 9 (2). P. 83—89. DOI:10.4103/nms.nms\_20\_19

## REFERENCES

1. Vodop'yanova N.E. *Psikhodiagnostika stressa* [Psychodiagnostics of stress]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 336 p.
2. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. *Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika*. 2-e izd. [Burnout syndrome: Diagnostics and prevention. 2<sup>nd</sup> ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 336 p.

3. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor structure and psychometric properties of perfectionism inventory: Developing 3-factor version. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018. Vol. 26 (3), pp. 8–32. DOI:10.17759/cpp.2018260302. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Govorin N.V., Bodagova E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei [Mental health and quality of life of doctors]. Tomsk; Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p.
5. Matyushkina E.Ya., Mikita O.Yu., Kholmogorova A.B. Burnout level in medical residents doing internship in emergency medicine hospital before the pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 46–69. DOI:10.17759/cpp.2020280203. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Matyushkina E.Ya., Roi A.P., Rakhmanina A.A., et al. Occupational stress and burnout among healthcare professionals [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9 (1), pp. 39–49. Available at: [https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml) (Accessed 04.05.2021). DOI:10.17759/jmfp.2020090104. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Oleinikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. Issledovanie distressa u zhenshchin, bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami [Study of distress in women with malignant tumors] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika = Clinical and Medical Psychology: Research, Training, Practice*, 2014, no. 3 (5). Available at: [http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article13.php](http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php) (Accessed 04.05.2021)
8. Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Yu., et al. Professional burnout, symptoms of emotional disorders and distress among healthcare professionals during the COVID-19 epidemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 8–45. DOI:10.17759/cpp.2020280202. (In Russ., abstr. in Engl.)
9. Rogova E.E. Vzaimosvyaz' odinochestva i emotsional'nogo vygoraniya u sotrudnikov skoroi pomoshchi [The relationship between loneliness and emotional burnout of emergency medical workers] [Elektronnyi resurs]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and Psychology*, 2020. Vol. 8 (6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/128PSMN620.pdf> (Accessed 04.05.2021)
10. Ryabova T.V., Nikol'skaya N.C., Stefanenko E.A., et al. Kontsept "emotsional'nyi distress" kak vozmozhnyi pokazatel' narushenii adaptatsii u detei/podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevaniyami i ukhazhivayushchikh za nimi vzroslykh [The concept of "emotional distress" as a possible indicator of maladaptation in children/adolescents with oncological and oncohematological diseases and their caregivers]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii = Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2019. Vol. 6 (4), pp. 76–82. DOI:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
11. Starostina E.G., Taylor G.D., Quilty L., et al. Torontskaya shkala aleksitimii (20 punktov): validatsiya russkoyazychnoi versii na vyborke terapevicheskikh bol'nykh [A new 20-item version of the Toronto Alexithymia Scale: Validation of the Russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsial'naya*

- i klinicheskaya psixhiatriya = Social and Clinical Psychiatry*, 2010. Vol. 20 (4), pp. 31–38.
12. Tarabrina N.V. Praktikum po psixhologii posttravmaticheskogo stressa [Handbook of the psychology of posttraumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
  13. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Padun M.A., et al. Intensivnyi stress v kontekste psixhologicheskoi bezopasnosti [Intensive stress in the context of psychology of safety]. Moscow: Institut psixhologii RAN, 2017. 344 p.
  14. Trukhan E.A., Kutas O.V. Vzaimosvyaz' aleksitimii s professional'nym vygoraniem u sotsial'nykh rabotnikov [Relationship between alexithymia and professional burnout in social workers]. *Filosofiya i sotsial'nye nauki = Philosophy and Social Sciences*, 2010, no. 3, pp. 59–63.
  15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Tsatsulin T.O. Dynamics of indicators of perfectionism and symptoms of emotional distress in the Russian student population over the past ten years: Cohort study. *Kul'turno-istoricheskaya psixhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2019. Vol. 15 (3), pp. 41–50. DOI:10.17759/chp.2019150305. (In Russ., abstr. in Engl.)
  16. Aitkenhead D. Panic, chronic anxiety and burnout: Doctors at breaking point [Elektronnyi resurs]. *The Guardian*, March 10, 2018. Available at: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/10/panic-chronic-anxiety-burnout-doctors-breaking-point> (Accessed 04.05.2021)
  17. Choi K.W., Stein M.B., Nishimi K.M., et al. An exposure-wide and Mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for the prevention of depression. *American Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 177 (10), pp. 944–954. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19111158
  18. Craiovan P. Correlations between perfectionism, stress, psychopathological symptoms and burnout in the medical field. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 2014. Vol. 127, pp. 529–533. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.03.304
  19. Curran T. How perfectionism became a hidden epidemic among young people [Elektronnyi resurs]. *The Conversation*, January 8, 2018. Available at: <https://theconversation.com/how-perfectionism-became-a-hidden-epidemic-among-young-people-89405> (Accessed 04.05.2021)
  20. Forbes M., Iyengar S., Kay M. Barriers to the psychological well-being of Australian junior doctors: A qualitative analysis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2019. Vol. 9 (6). Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e027558> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1136/bmjopen-2018-027558
  21. Holland J.C., Bultz B.D. The NCCN guideline for distress management: A case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2007. Vol. 5 (1), pp. 3–7. DOI:10.6004/jnccn.2007.0003
  22. Imran N., Masood H.M.U., Ayub M., et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: A cross-sectional survey [Elektronnyi resurs]. *Postgraduate Medical Journal*. 2020. Available at: <https://pmj.bmj.com/content/early/2020/08/25/postgradmedj-2020-138364> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1136/postgradmedj-2020-138364
  23. Kannampallil T.G., Goss C.W., Evanoff B.A., et al. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2020. Vol. 15 (8). Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/>

- journal.pone.0237301 (Accessed 04.05.2021). DOI:10.1371/journal.pone.0237301
24. Kerrien M., Pougnet R., Garlandezec R., et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecin. *La Presse Médicale*, 2015. Vol. 44 (4—1), pp. 84—91. DOI:10.1016/j.lpm.2014.06.042
  25. Munro C., Burke J., Allum W., et al. COVID-19 leaves surgical training in crisis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2021. Vol. 372. Available at: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n659> (Accessed 25.04.2021). DOI:10.1136/bmj.n659
  26. Ofei-Dodoo S., Ebberwein C., Kellerman R. Assessing loneliness and other types of emotional distress among practicing physicians. *Kansas Journal of Medicine*, 2020. Vol. 13 (1), pp. 1—5. Available at: <https://journals.ku.edu/kjm/article/view/13394/12612> (Accessed 04.05.2021). DOI:10.17161/kjm.v13i1.13394
  27. Riethof N., Bob P., Laker M., et al. Alexithymia, traumatic stress symptoms and burnout in female healthcare professionals [Elektronnyi resurs]. *Journal of International Medical Research*, 2020. Vol. 48 (4). Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0300060519887633> (Accessed 15.04.2021). DOI:10.1177/0300060519887633
  28. Rimmer A. COVID-19: Most trainees have faced disruption to their training, GMC survey shows [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2020. Vol. 371. Available at: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4093> (Accessed 15.04.2021). DOI:10.1136/bmj.m4093
  29. Saeidi Z., Ebrahimi H., Areshtanab H.N., et al. Alexithymia and its relationships with job burnout, personality traits, and shift work among hospital nurses: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, 2020. Vol. 9 (2), pp. 83—89. DOI:10.4103/nms.nms\_20\_19

### **Информация об авторах**

*Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

*Рахманина Анастасия Алексеевна*, медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Суроегина Анастасия Юрьевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

*Микита Олеся Юрьевна*, кандидат психологических наук, заведующая Учебным центром, научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

*Петриков Сергей Сергеевич*, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

*Рой Анита Пранабовна*, медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

### ***Information about the authors***

*Alla B. Kholmogorova*, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)

*Anastasiya A. Rakhmanina*, Medical Psychologist, Junior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: [rakhmanina.a@mail.ru](mailto:rakhmanina.a@mail.ru)

*Anastasiya Yu. Suroegina*, PhD in Psychology, Senior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: [suroegina@gmail.com](mailto:suroegina@gmail.com)

*Olesya Yu. Mikita*, PhD in Psychology, Head of Educational and Clinical Department, Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: [mikita-o@yandex.ru](mailto:mikita-o@yandex.ru)

*Sergey S. Petrikov*, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director of Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: [petrikovss@sklif.mos.ru](mailto:petrikovss@sklif.mos.ru)

*Anita P. Roy*, Medical Psychologist, Junior Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (Medicine), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: [anita010101@yandex.ru](mailto:anita010101@yandex.ru)

Получена 20.04.2021

Received 20.04.2021

Принята в печать 21.05.2021

Accepted 21.05.2021

# ВЫРАЖЕННОСТЬ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Е.А. ПЕТРОВА

Российский государственный социальный университет  
(ФГБОУ ВО РГСУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3835-1178>,  
e-mail: PetrovaEA@rgsu.net

В.В. НАЗАРЕНКО

Московский социально-педагогический институт  
(НОУ ВО МСПИ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4651-2293>,  
e-mail: veronikin@inbox.ru

В работе представлены результаты исследования ситуативной и личностной тревожности у студентов вуза с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью в период пандемии COVID-19 (весна 2020 г.). В исследовании приняли участие 35 студентов Российского государственного социального университета с ОВЗ и инвалидностью в возрасте от 18 до 26 лет, из них 21 девушка и 14 юношей. Использовались 2 методики исследования тревожности (методика Спилбергера—Ханина, методика Тейлор). Полученные результаты позволили сделать выводы о повышенном уровне ситуативной тревожности, а также о выраженной личностной тревожности у исследуемой категории студентов. Исследование имеет практическое значение для организации психологического сопровождения студентов с ОВЗ и инвалидностью в вузе.

**Ключевые слова:** ситуативная тревожность, личностная тревожность, студенты с ОВЗ и инвалидностью, пандемия COVID-19.

**Для цитаты:** Петрова Е.А., Назаренко В.В. Выраженность ситуативной и личностной тревожности у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью в период пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 48—61. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290203>

# THE SEVERITY OF SITUATIONAL AND PERSONAL ANXIETY AMONG UNIVERSITY STUDENTS WITH DISABILITIES DURING THE PANDEMIC

ELENA A. PETROVA

Russian State Social University, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3835-1178>,  
e-mail: PetrovaEA@rgsu.net

VERONIKA V. NAZARENKO

Russian State Social University, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4651-2293>,  
e-mail: veronikin@inbox.ru

The paper presents the results of a study of situational and personal anxiety among university students with disabilities during the COVID-19 pandemic (Spring 2020). The study involved 35 students with disabilities from Russian State Social University aged 18—26 (21 men and 14 women). We used 2 questionnaires for measuring anxiety: Spielberger State-Trait Anxiety Inventory and Taylor Manifest Anxiety Scale. The results allowed us to make conclusions about the increased level of situational anxiety, as well as about pronounced personal anxiety in the studied category of students. The study has practical importance for the organization of psychological support for students with disabilities at the university.

**Keywords:** situational anxiety, personal anxiety, students with disabilities, COVID-19 pandemic.

**For citation:** Petrova E.A., Nazarenko V.V. The Severity of Situational and Personal Anxiety Among University Students With Disabilities During the Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 48—61. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290203>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Актуальной проблемой, привлекающей внимание психологов, как в России, так и за рубежом, является тенденция повышения уровня тревожности у молодежи и студентов. Адаптация к условиям обучения в вузе, к но-

вому социальному окружению может стать сложным периодом для первокурсника. Для человека с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью ситуация адаптации к новым условиям обучения — непростая вдвойне. Изучение эмоционального состояния и личностных характеристик студентов вузов с ОВЗ и инвалидностью может помочь в разработке программ психолого-педагогического сопровождения инклюзивного процесса в вузе. В фокусе внимания в данной статье — ситуативная и личностная тревожность у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью.

А.М. Прихожан разделяет тревогу как эмоциональное состояние, и тревожность как устойчивое личностное образование [10]. Термин «тревожность» используется автором и для обозначения всего явления в целом. А.М. Прихожан отмечает, что некоторый уровень тревожности в норме свойственен всем людям и является необходимым для приспособления человека к действительности. Однако тревожность как устойчивое личностное образование препятствует нормальному развитию, деятельности и общению.

Широко используются в психологии термины «ситуативная тревожность» и «личностная тревожность» [1]. Ситуативная тревожность возникает в стрессовых для человека ситуациях или перед началом каких-либо стрессовых событий. Личностная тревожность проявляется в склонности человека испытывать тревожность в различных ситуациях, как объективно стрессовых, так и в ситуациях бытовых, обыденных. Уровень личностной тревожности определяется интенсивностью и частотой возникающей тревоги. Чем выше уровень личностной тревожности, тем больше трудностей испытывает человек в повседневной жизни, общении, эмоциональном плане.

Специалистами, как в России, так и за рубежом, отмечается, что юношеский возраст, в котором находится большинство студентов — это кризисный возраст. Он ставит сложные задачи развития и связан с высоким уровнем нагрузки и стресса [5; 8; 13; 14; 16]. Возрастной кризис осложняется особенностями жизненной ситуации студентов — ломкой привычных стереотипов учебы, интенсивной умственной работой и периодическим экзаменационным стрессом [8].

Период обучения в вузе совпадает с возрастом высокого риска манифестации психической патологии [5; 8]. Зарубежные исследования показывают, что, например, в Бельгии 34,9% первокурсников университетов имеют проблемы с психологическим здоровьем, которые снижают успеваемость [14]. В Португалии 32,1% студентов университетов имеют эмоциональные расстройства, что выше, чем в целом по популяции. В частности, это тревожные расстройства [21].

В.А. Горчакова с соавторами, проводя обзор научных публикаций по проблематике психологической дезадаптации у студентов, отмечают

значительный рост социальной тревожности у студентов [3]. Социальная тревожность — это состояние эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства в отношении социальной ситуации и оценки другими людьми [8]. Она способна оказать серьезное негативное влияние на процесс адаптации, а также на качество жизни студентов [9].

В.В. Красновой и А.Б. Холмогоровой был составлен психологический портрет студента с высоким уровнем социальной тревожности [7]. Такой студент склонен избегать ситуаций, в которых необходимо проявление социальной активности, общительности. Он робок и неактивен во время выступлений на семинарах и практических занятиях, не способен обратиться за помощью к преподавателю. Студент крайне чувствителен к мнению окружающих о себе, он также испытывает сильный стресс в ситуации экзамена. Для него характерно избегающее поведение в стрессовой ситуации. [7].

Крайним проявлением социальной тревожности является социальная фобия, которая приводит к серьезной дезадаптации [8].

Особенно стрессовым событием в жизни студентов является экзаменационная сессия [2]. Так называемая «экзаменационная» или «тестовая тревожность» (*test anxiety*) — это предрасположенность студента реагировать повышенной тревожностью в ситуациях, когда оценивается его успешность [18; 19]. «Тестовая» тревожность представляет собой комплекс реакций, сопровождающих беспокойство по поводу возможных негативных последствий провала на экзамене или в аналогичной оценочной ситуации [22]. Она негативно влияет на успеваемость [15; 22], поскольку может потреблять когнитивные ресурсы и мешать сосредоточиться на экзамене [17], а также может влиять на мотивацию студентов и их стратегии обучения [20].

И.В. Заусенко и Е.В. Озерова проводили корреляционный анализ, исследуя связь тревожности и мотивации к обучению у студентов, и, в частности, выделили следующие корреляции: отрицательную между уровнем ситуативной тревожности и мотивами творческой самореализации; отрицательную между уровнем личностной тревожности и коммуникативными мотивами учебной деятельности; положительную между уровнем тревожности и мотивами избегания неудачи [6].

Особенности эмоционально-волевой сферы студентов с ОВЗ и инвалидностью, обучающихся в условиях инклюзии в вузе, сравнительно мало изучены. В работе И.Н. Шуваловой [12] представлено исследование тревожности у студентов психолого-педагогического профиля, включая 22 студентов с ограниченными возможностями здоровья, в котором было выявлено, что у студентов с ОВЗ по сравнению со здоровыми студентами более выражена тревожность, вызываемая социальными факторами.

2020 год принес новые вызовы. Пандемия COVID-19, карантинные меры, переход к дистанционному обучению в вузах не могли не отразиться на эмоционально-волевой сфере студентов. Нами было проведено исследование тревожности у студентов с ОВЗ и инвалидностью в ситуации пандемии и перехода к дистанционному обучению в вузе.

**Цель исследования:** выявить уровень выраженности ситуативной и личностной тревожности у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью в период пандемии COVID-19 (весна 2020 г.).

## Метод

**Выборка.** В исследовании приняли участие 35 студентов Российского государственного социального университета (РГСУ) с ОВЗ и инвалидностью в возрасте от 18 до 26 лет, из них 21 девушка и 14 юношей. Все студенты имели третью группу инвалидности. Исследование проводилось на базе Ресурсного учебно-методического центра РГСУ по обучению людей с ОВЗ и инвалидностью (РУМЦ РГСУ).

Для исследования тревожности применялись следующие **методики**.

1. Тест ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным [4].
2. Личностная шкала проявления тревоги Джанет Тейлор (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) [4].

## Результаты

Результаты выполнения студентами методики Спилбергера—Ханина представлены на диаграммах уровней ситуативной (рис. 1) и личностной тревожности (рис. 2).

Рис. 1 показывает, что практически у половины респондентов (49%, 17 человек из 35) выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. У 37% (13 человек из 35) студентов выявлен умеренный уровень ситуативной тревожности. 14% студентов (5 человек из 35) имеют низкие показатели ситуативной тревожности.

Рис. 2 показывает, что у подавляющего большинства респондентов (74%, 26 человек из 35) выявляется высокий уровень личностной тревожности. У 20% (7 человек из 35) студентов умеренная личностная тревожность, и у 6% (2 человека из 35) — низкий уровень личностной тревожности.

Далее полученные результаты были проанализированы в гендерном аспекте. Данные по ситуативной тревожности у юношей и девушек с ОВЗ и инвалидностью представлены на рис. 3 и 4. Данные по личност-

ной тревожности у юношей и девушек с ОВЗ и инвалидностью представлены на рис. 5 и 6.

Рис. 3 показывает, что высокий и низкий уровни ситуативной тревожности у юношей встречаются одинаково часто (по 36%, по 5 человек из 14), умеренная тревожность выявляется чуть реже (28%, 4 человека из 14).

Рис. 4 показывает, что более чем у половины девушек (57%, 12 человек из 21) выявляется высокая ситуативная тревожность, несколько реже (у 43%, 9 человек из 21) — умеренная, а низкий уровень ситуативной тревожности не был выявлен ни у одной девушки.

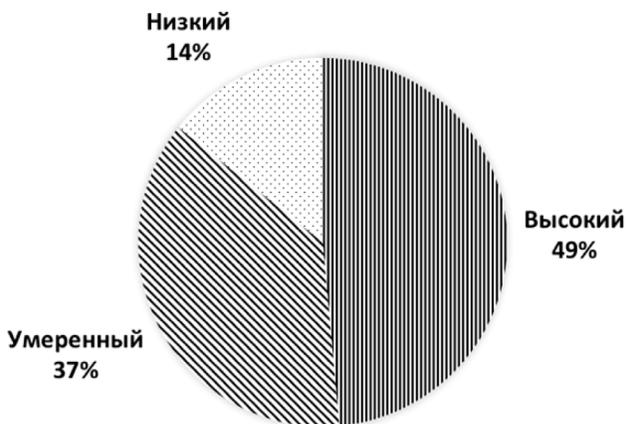


Рис. 1. Уровень ситуативной тревожности по методике Спилберга—Ханина

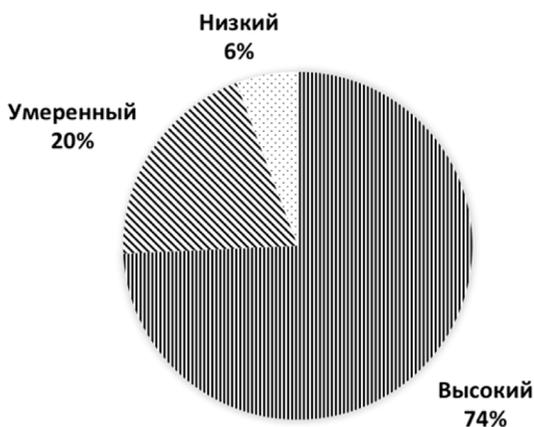


Рис. 2. Уровень личностной тревожности по методике Спилберга—Ханина

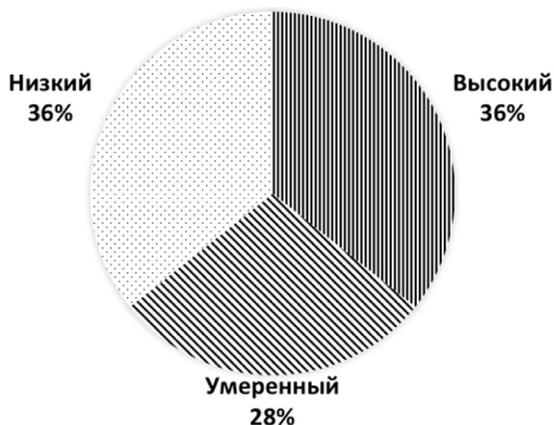


Рис. 3. Уровень ситуативной тревожности у юношей по методике Спилбергера—Ханина

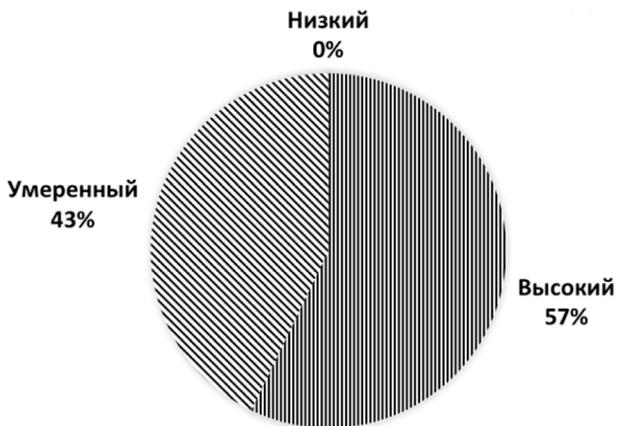
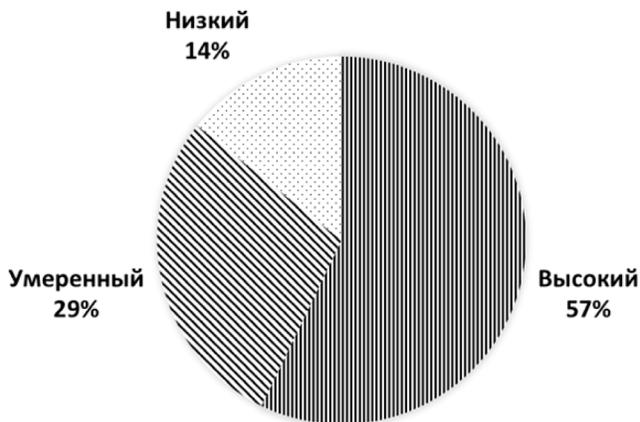


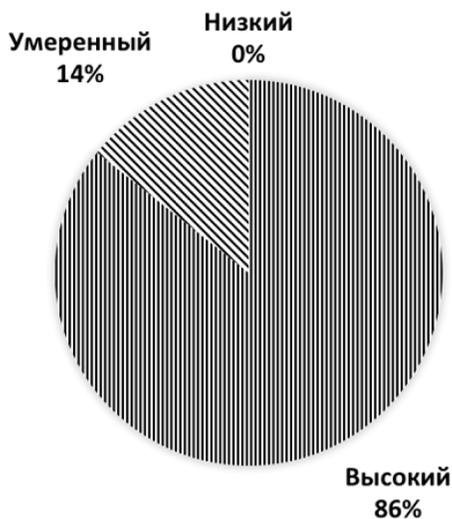
Рис. 4. Уровень ситуативной тревожности у девушек по методике Спилбергера—Ханина

Рис. 5 показывает, что более чем у половины юношей выявлен высокий уровень личностной тревожности (57%, 8 человек из 14), умеренная личностная тревожность встречается реже (29%, 4 человека из 14), а низкая — еще реже (14%, 2 человека из 14).

Рис. 6 показывает, что у подавляющего большинства девушек (86%, 18 человек из 21) выявляется высокий уровень личностной тревожности, относительно редко встречается умеренный уровень (14%, 3 человека из



*Рис. 5. Уровень личностной тревожности у юношей по методике Спилбергера—Ханина*



*Рис. 6. Уровень личностной тревожности у девушек по методике Спилбергера—Ханина*

21), а низкий уровень личностной тревожности не был выявлен ни у одной девушки.

Результаты выполнения студентами с ОВЗ и инвалидностью методики Дж. Тейлор представлены на рис. 7. По данной методике ни один



Рис. 7. Уровень тревожности у студентов по методике Дж. Тейлор

из 35 испытуемых не имеет низкого или очень высокого уровня тревожности. 20% испытуемых (7 человек из 35) имеют средний уровень тревожности с тенденцией к низкому. У 40% испытуемых (14 человек из 35) был выявлен высокий уровень тревожности и у 40% (14 человек из 35) — средний с тенденцией к высокому. Таким образом, для 80% опрошенных по методике Дж. Тейлор студентов характерна выраженная тревожность.

### Обсуждение результатов

Проведенное исследование тревожности у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью в период пандемии COVID-19 показало, что для изучаемой категории студентов характерна выраженная ситуативная и личностная тревожность. Таким образом, студенты нуждаются в психологическом сопровождении. В качестве различных форм психологической помощи в вузе могут быть реализованы: индивидуальное психологическое консультирование по запросу студентов; групповая работа, направленная на преодоление тревожности и нормализацию эмоционального состояния обучающихся; мониторинг адаптации студентов к условиям обучения в вузе (в том числе с использованием методик психодиагностики). В условиях пандемии мероприятия могут проводиться в дистанционном фор-

мате. Кроме того, необходима организация взаимодействия психологической службы вуза со всеми участниками образовательного процесса (студенты, родители несовершеннолетних обучающихся, преподаватели, кураторы студенческих групп, администрация вуза) в целях содействия адаптации студентов с ОВЗ и инвалидностью в вузе (в том числе и к дистанционному обучению).

## **Выводы**

Подводя итоги исследования тревожности у студентов вуза с ОВЗ и инвалидностью в период пандемии, можно сделать выводы.

1. У значительного числа студентов с ОВЗ и инвалидностью выявляется высокая ситуативная тревожность.
2. Для студентов с ОВЗ и инвалидностью характерна выраженная личностная тревожность (особенно для девушек).
3. Студенты с ОВЗ и инвалидностью нуждаются в психологическом сопровождении учебного процесса в вузе.
4. Отсутствие данных о выраженности тревожности у студентов с ОВЗ и инвалидностью до периода пандемии не позволяет сделать вывод о динамике тревожности (произошло ли ее возрастание именно в период пандемии). Целесообразна аналогичная диагностическая работа со студентами с ОВЗ и инвалидностью вне периода пандемии.
5. В работе отсутствовала контрольная группа студентов без ОВЗ и инвалидности. Проведение исследования тревожности, которое включало бы различные категории студентов, может продемонстрировать необходимость разработки программ для других категорий студентов, а не только студентов с ОВЗ.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.: АСТ; СПб.: Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
2. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., и др.* Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов // Социальная и клиническая психиатрия 2007. Т. 17. № 2. С. 38—42.
3. *Горчакова В.А., Ланда Л.А., Матыцына В.А., и др.* Психологическая дезадаптация у студентов системы среднего и высшего профессионального образования: сравнительный анализ // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 18. № 4. С. 5—14.
4. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И.Б. Дермановой. СПб.: Речь. 2002. 171 с.
5. *Евдокимова Я.Г.* Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 25 с.

6. Заусенко И.В., Озерова Е.В. Связь тревожности и мотивации к обучению у студентов // Педагогическое образование в России. 2019. № 5. С. 90—96.
7. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 49—58.
8. Краснова-Гольева В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. Т. 3. № 1. URL: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n1/39944.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml) (дата обращения: 16.08.2020).
9. Павлова Т.С., Холмогорова А.Б. Психологические факторы социальной тревожности в студенческом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Т. 19. № 1. С. 29—43.
10. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. 2-е изд. СПб.: Питер. 2007. 192 с.
11. Уварова М.Ю., Кедрярова Е.А. Исследование личностной тревожности и мотивации достижения у студентов-первокурсников // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2014. Т. 8. С. 74—86.
12. Шувалова И.Н. Социально-психологические факторы тревожности студентов института педагогики, психологии и инклюзивного образования, особенности тревожности студентов с ограниченными возможностями // Вестник современной науки. 2015. № 11-2. С. 123—127.
13. Beiter R., Nash R., McCrady M., et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students // Journal of Affective Disorders. 2015. Vol. 173. P. 90—96. DOI:10.1016/j.jad.2014.10.054
14. Bruffaerts R., Mortier P., Kiekens G., et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning // Journal of Affective Disorders. 2018. Vol. 225. P. 97—103. DOI:10.1016/j.jad.2017.07.044
15. Cassady J.C., Johnson R.E. Cognitive test anxiety and academic performance // Contemporary Educational Psychology. 2002. Vol. 27 (2). P. 270—295. DOI:10.1006/ceps.2001.1094
16. Cheung K., Tam K.Y., Tsang H., et al. Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data // Journal of Affective Disorders. 2020. Vol. 274. P. 305—314. DOI:10.1016/j.jad.2020.05.041
17. Eysenck M.W. Anxiety: The cognitive perspective. Hove, England: Erlbaum, 1992. 195 p.
18. Hodapp V., Glanzmann P.G., Laux L. Theory and measurement of test anxiety as a situation specific trait // Test anxiety. Theory, assessment, and treatment / C.D. Spielberger, P.R. Vagg (eds.). Washington, DC: Taylor & Francis, 1995. P. 47—58.
19. Núñez-Peña M.I., Suárez-Pellicioni M., Bono R. Gender differences in test anxiety and their impact on higher education students' academic achievement // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2016. Vol. 228. P. 154—160. DOI:10.1016/j.sbspro.2016.07.023
20. Linnenbrink E.A. The role of affect in student learning: A multi-dimensional approach to considering the interaction of affect, motivation, and engagement //

---

---

Emotion in Education / P.A. Schutz, R. Pekrun (eds.). San Diego, CA: Elsevier Academic, 2007. P. 107—124. DOI:10.1016/B978-012372545-5/50008-3

21. Sarmiento M. A “mental health profile” of higher education schools // *Procedia — Social & Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 191. P. 12—20. DOI:10.1016/j.sbspro.2015.04.606
22. Zeidner M. *Test anxiety: The state of the art*. New York: Plenum Press, 1998. 440 p.

## REFERENCES

1. Meshcheryakov B.G., Zinchenko V.P. (eds.). *Bol'shoi psikhologicheskii slovar'* [Comprehensive Dictionary of Psychology. Moscow: AST; Saint Petersburg: Praim-Evroznak, 2009. 811 p.
2. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Evdokimova Ya.G., et al. Predekzamenatsionnyi stress i emotsional'naya dezadaptatsiya u studentov mladshikh kursov [Stress caused by exams and emotional maladjustment in junior university students]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya = Social and Clinical Psychiatry*, 2007. Vol. 17 (2), pp. 38—42.
3. Gorchakova V.A., Landa L.A., Matytsyna V.A., et al. Psychological maladjustment in students of secondary and higher education: A comparative analysis. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2013. Vol. 18 (4), pp. 5—14. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Dermanova I.B. (ed.). *Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya*. Saint Petersburg: Rech'. 2002. 171 p.
5. Evdokimova Ya.G. Interpersonal'nye faktory emotsional'noi dezadaptatsii u studentov. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [Interpersonal factors of emotional maladaptation in students. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2008. 25 p.
6. Zausenko I.V., Ozerova E.V. Svyaz' trevozhnosti i motivatsii k obucheniyu u studentov [The relationship of anxiety and motivation to learn in students]. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii = Pedagogical Education in Russia*, 2019, no. 5, pp. 90—96.
7. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost' i ee svyaz' s emotsional'noi dezadaptatsiei, urovnem stressa i kachestvom interpersonal'nykh otnoshenii u studentov [Social anxiety and its link to emotional maladjustment, stress level and quality of students interpersonal relations]. *Voprosy Psikhologii*, 2011, no. 3, pp. 49—58.
8. Krasnova-Gol'eva V.V., Kholmogorova A.B. Social Anxiety and Student Disadaptation [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru = Psychological Science and Education psyedu.ru*, 2011. Vol. 3 (1). Available at: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n1/39944.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml) (Accessed 16.08.2020). (In Russ., abstr. in Engl.)
9. Pavlova T.S., Kholmogorova A.B. Psychological factors of social anxiety in students. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2011. Vol. 19 (1), pp. 29—43. (In Russ., abstr. in Engl.)
10. Prikhozhan A.M. *Psikhologiya trevozhnosti: doshkol'nyi i shkol'nyi vozrast*. 2-e izd. [Psychology of anxiety in preschool and schoolchildren]. Saint Petersburg: Piter. 2007. 192 p.
11. Uvarova M.Yu., Kedyarova E.A. Issledovanie lichnostnoi trevozhnosti i motivatsii dostizheniya u studentov-pervokursnikov [Study of personal anxiety and achievement

- motivation in first-year students]. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya = Irkutsk State University Bulletin. Series: Psychology*, 2014. Vol. 8, pp. 74–86.
12. Shuvalova I.N. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory trevozhnosti studentov instituta pedagogiki, psikhologii i inklyuzivnogo obrazovaniya, osobennosti trevozhnosti studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami [Socio-psychological factors of students' anxiety of Institute of pedagogy, psychology and inclusive education, peculiarities of anxiety of students with disabilities]. *Vestnik sovremennoi nauki = Modern Science Bulletin*, 2015, no. 11-2, pp. 123–127.
  13. Beiter R., Nash R., McCrady M., et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 2015. Vol. 173, pp. 90–96. DOI:10.1016/j.jad.2014.10.054
  14. Bruffaerts R., Mortier P., Kiekens G., et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 225, pp. 97–103. DOI:10.1016/j.jad.2017.07.044
  15. Cassady J.C., Johnson R.E. Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 2002. Vol. 27 (2), pp. 270–295. DOI:10.1006/ceps.2001.1094
  16. Cheung K., Tam K.Y., Tsang H., et al. Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *Journal of Affective Disorders*, 2020. Vol. 274, pp. 305–314. DOI:10.1016/j.jad.2020.05.041
  17. Eysenck M.W. *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, England: Erlbaum, 1992. 195 p.
  18. Hodapp V., Glanzmann P.G., Laux L. Theory and measurement of test anxiety as a situation specific trait. In Spielberger C.D., Vagg P.R. (eds.) *Test anxiety. Theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1995, pp. 47–58.
  19. Núñez-Peña M.I., Suárez-Pellicioni M., Bono R. Gender differences in test anxiety and their impact on higher education students' academic achievement. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2016. Vol. 228, pp. 154–160. DOI:10.1016/j.sbspro.2016.07.023
  20. Linnenbrink E.A. The role of affect in student learning: A multi-dimensional approach to considering the interaction of affect, motivation, and engagement. In Schutz P.A., Pekrun R. (eds.) *Emotion in Education*. San Diego, CA: Elsevier Academic, 2007, pp. 107–124. DOI:10.1016/B978-012372545-5/50008-3
  21. Sarmiento M. A “mental health profile” of higher education schools. *Procedia – Social & Behavioral Sciences*, 2015. Vol. 191, pp. 12–20. DOI:10.1016/j.sbspro.2015.04.606
  22. Zeidner M. *Test anxiety: The state of the art*. New York: Plenum Press, 1998. 440 p.

### **Информация об авторах**

*Петрова Елена Алексеевна*, доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии, Российский государственный социальный университет (ФГБОУ ВО РГСУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3835-1178>, e-mail: [PetrovaEA@rgsu.net](mailto:PetrovaEA@rgsu.net)

*Назаренко Вероника Владимировна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры дошкольной дефектологии и логопедии, Московский социально-педагогический институт (НОУ ВО МСПИ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4651-2293>, e-mail: [veronikin@inbox.ru](mailto:veronikin@inbox.ru)

***Information about the authors***

*Elena A. Petrova*, Doctor in Psychology, Professor, Dean, Faculty of Psychology, Russian State Social University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3835-1178>, e-mail: [PetrovaEA@rgsu.net](mailto:PetrovaEA@rgsu.net)

*Veronika V. Nazarenko*, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Preschool Defectology and Speech Therapy, Moscow Social Pedagogical Institute, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4651-2293>, e-mail: [veronikin@inbox.ru](mailto:veronikin@inbox.ru)

Получена 01.09.2020

Received 01.09.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

---

**НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**  
**RESEARCH REVIEWS**

---

# **АВАТАР-ТЕРАПИЯ: ПАТОПСИХОЛОГИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ОТНОШЕНИЙ С «ГОЛОСОМ» ПРИ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ**

**О.А. САГАЛАКОВА**

Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ),  
г. Томск, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>,  
e-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru)

**О.В. ЖИРНОВА**

Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ),  
г. Барнаул, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>,  
e-mail: [olga.zhirnova.2015@mail.ru](mailto:olga.zhirnova.2015@mail.ru)

**Д.В. ТРУЕВЦЕВ**

Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ),  
г. Томск, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>,  
e-mail: [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

Рассматривается проблема особенностей применения современной AVATAR-терапии слуховых галлюцинаций (СГ). Исторически характерна асимметрия фокуса интереса при изучении СГ со смещением в сторону исследования конечного результата восприятия в ущерб осмыслению процесса формирования СГ. Методология культурно-деятельностного подхода и изучение зако-

номерностей генеза «голосов» в патопсихологии служат адекватной основой для понимания природы СГ. Современное вмешательство при психозах основывается на признании роли психологических факторов. СГ усиливаются в состоянии тревоги, при неблагополучии в системе отношений. AVATAR-терапия обеспечивает пациента психологическими средствами восстановления произвольности психической деятельности, контролируемого овладения процессом через его объективацию, трансформацию враждебности «голоса» и управление негативными переживаниями с последующим постепенным сворачиванием процесса во внутренний план. Метод представляет реализацию диалога с аватаром — визуальным цифровым образом СГ. Аватар конструируется в виртуальной среде с элементами эффекта присутствия, что дает возможность направленного взаимодействия с ним с целью повышения асертивности. В исследованиях показаны обнадеживающие, однако остающиеся дискуссионными, результаты эффективности терапии.

**Ключевые слова:** AVATAR терапия, слуховые галлюцинации, «голоса», культурно-деятельностный подход, социальная тревога, опосредствование, цифровые технологии в терапии.

**Для цитаты:** Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. AVATAR-терапия: патопсихология трансформации отношений с «голосом» при слуховых галлюцинациях // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 62—99. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290204>

## AVATAR THERAPY: PATHOPSYCHOLOGY OF TRANSFORMING RELATIONS WITH THE “VOICE” IN AUDITORY HALLUCINATIONS

OLGA A. SAGALAKOVA

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>,

e-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru)

OLGA V. ZHIRNOVA

Altai State University, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>,

e-mail: [olga.zhirnova.2015@mail.ru](mailto:olga.zhirnova.2015@mail.ru)

DMITRY V. TRUEVTSEV

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>,

e-mail: [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

The paper examines the problem of the use of modern AVATAR therapy for auditory hallucinations (AH). There is a traditional asymmetry of the focus of interest in the study of AH with a bias towards the study of the final result of perception at the expense of comprehension of the process of AH development. The methodology of the cultural-activity approach and study of the patterns of the genesis of the “voices” in pathopsychology provide an adequate basis for understanding the nature of AH. Current intervention in psychosis is based on recognizing the role of psychological factors. AH are amplified in the state of anxiety, or in case of disturbed interpersonal relationships. AVATAR therapy provides the patient with psychological means of restoring deliberate mental activity, gaining control over one’s mental activity through its objectification, making the “voice” less malevolent and managing negative experiences. The method is based on a dialogue with an avatar, a visual digital image of the “voice”. It is designed in a virtual environment evoking a presence effect, which allows directed interaction with it in order to increase assertiveness. The experiments showed encouraging, but still debatable, results of the effectiveness of AVATAR therapy.

**Keywords:** AVATAR therapy, auditory hallucinations, “voices”, cultural-activity approach, social anxiety, mediation, digital technologies in therapy.

**For citation:** Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V. AVATAR Therapy: Pathopsychology of Transforming Relations with the “Voice” in Auditory Hallucinations. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 62—99. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290204>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Одной из наиболее дискуссионных тем в психологии, психиатрии и неврологии является комплексная проблема операционализации, изучения закономерностей генеза и построения согласованной междисциплинарной концепции и научно обоснованной психотерапии «голосов», или слуховых галлюцинаций (СГ). В DSM-V СГ определяются как психопатологический симптом в виде переживаний, имеющих сходство с восприятием, однако происходящих без внешнего стимула. В то же время, в классических патопсихологических экспериментах С.Я. Рубинштейн выявлена опосредованная связь галлюцинаций и реального раздражителя, несмотря на затруднение регистрации данной связи с помощью непосредственного наблюдения [7]. Долгое время при изучении СГ фокус интереса был смещен в сторону исследования конечного результата восприятия («что воспринимается») в ущерб осмыслению процесса формирования галлюцинаторного образа («как искажается действительность восприятия»). С этим связана частая произвольная подмена в понимании, что выступает условием, а что — причиной психопатологического процесса, а также надежда обнаружить причину возникновения СГ в самом состоянии больного мозга пациента. Но в патопсихоло-

логии изучаются особенности психической деятельности в измененных патологических условиях, и, согласно С.Я. Рубинштейн, обнаружение «физиологической основы состояния» не приближает к объяснению явления. Галлюцинация — это «результат реакции человека с большим мозгом на внешнее воздействие» [6, с. 649]. Эксперименты показали, что для изучения закономерностей СГ в опыте необходим анализ восприятия в условиях определенной целевой деятельности; при этом деятельность длительного напряженного прислушивания оказалась фактором, провоцирующим усиление СГ. Отсутствие единой непротиворечивой методологической модели концептуализации СГ привело к замедлению прогресса в области разработки и апробации научно обоснованных психологических методов вмешательства, а также к усилению процессов стигматизации и самостигматизации пациентов. Определение галлюцинаций как восприятия без объекта и без субъекта, принципиально отличного по механизму возникновения от восприятия в норме, как в обыденном, так и зачастую научном осмыслении, приводит к стагнации развития в области оказания психологической помощи при психозах.

В дискуссиях о механизмах формирования и поддержания СГ и других психопатологических явлений все большую значимость приобретают положения культурно-деятельностного подхода о строении высших психических функций (ВПФ), идеи о принципиальном тождестве законов функционирования психики в норме и патологии, о личностной обусловленности и детерминированности СГ жизненными социально опосредованными задачами [3; 8]. Обсуждается роль стрессоров, социальной тревоги в актуализации «голосов» и сопутствующем переживании дистресса как наиболее частой жалобы пациентов, имеющих «голоса» [10]. Становится понятно, что проблема СГ шире вопроса об искажении восприятия, появляются новые траектории в концептуализации «голосов» и соответствующие способы вмешательства. Фундаментальным представляется понимание восприятия как целостной мотивированной психической деятельности активного субъекта познания, включенного в социально опосредованную деятельность, во взаимодействие с другими. В.В. Николаева подчеркивает, что вопрос о механизмах формирования СГ сохраняет свою актуальность и до сих пор недостаточно изучен на данном этапе развития психологической науки [5].

В связи с этим нам представляется, что модель СГ как восприятия «без объекта и без субъекта» дает лишь иллюзию понимания закономерностей порождения «голосов» и не выдерживает натиска, с одной стороны, современного переосмысления классических трудов патопсихологии, с другой — результатов актуальных экспериментальных исследований [9].

В целом ряде работ фактором усиления СГ выступает напряженное тревожное длительное прислушивание, а их условием — воспринима-

емое неблагополучие в системе отношений [7; 56; 69]. СГ часто усиливаются в ситуациях общения с другими, ассоциированных с вероятной угрозой фрустрации самооценки и статуса. СГ субъективно воспринимаются пациентом как объективно звучащие слова, возникающие непроизвольно, неподконтрольно. Одним из путей психологического вмешательства может стать поиск психологических средств восстановления произвольности и подконтрольности психической деятельности через объективацию процесса, формирование навыков произвольной трансформации враждебного «голоса», овладение негативными переживаниями с последующим постепенным сворачиванием процесса во внутренний план.

СГ встречаются как в клинической, так и в неклинической выборке [55]. Приводимая распространенность симптома «голосов», например, в 60—83% случаев при шизофрении, в 46% — при пограничном расстройстве личности [46], в 40,6% — при большом депрессивном расстройстве [17], отражает статистику диагностики СГ в стандартных понятиях психиатрии, причем чаще всего обнаружению поддаются яркие развернутые проявления психопатологического процесса. Международный консорциум исследований галлюцинаций (*International Consortium of Hallucination Research*) показал значительно большую эпидемиологию СГ [60], что отражает сложную феноменологию «голосов», особенно в контексте проблемы самостигматизации [1], индивидуально-личностного опыта человека и культурных влияний, выявления подпороговых симптомов болезни и усложнения галлюцинаторных переживаний [51].

В современной психологической науке представлены неврологический и когнитивный подходы к объяснению природы «голосов». Оба подхода нацелены на изучение особенностей перцептивных процессов, связанных с актуализацией СГ, однако во втором подходе внимание уделяется поиску когнитивных нарушений при восприятии неперцептивных раздражителей, отношению человека к опыту СГ и сопутствующему переживанию дистресса [56; 58]. В неврологическом подходе основной акцент смещается в сторону определения нейрофизиологического механизма «голосов» как анатомо-морфологического субстрата нарушений процесса восприятия перцептивной стимуляции [26].

Паола Фуэнтес-Кларамонте (*P. Fuentes-Claramonte*) с коллегами [40] приходят к выводу, что положения когнитивного подхода верифицируются в различных экспериментальных парадигмах [70], а доказательность неврологической модели «голосов» является косвенной, выстраиваемой на основе связи с наблюдаемыми клиническими феноменами, например, толщиной конвекситального слоя слуховой области [26] и т. д. Следовательно, часто эксперименты, выполненные в рамках того или иного подхода к СГ, имеют цель не столько обобщить получаемые

эмпирические факты с имеющимися знаниями, сколько подчеркнуть верность выбранного подхода в контексте методологических основ, и, соответственно, опровергнуть гипотезы другой модели.

Значимость изучения особенностей психической деятельности, мотивационного и регуляторного компонента психологического поля, процессов социального внимания, восприятия и познания при СГ и разработки стратегий вмешательства опосредована часто встречающейся резистентностью «голосов» к фармакологическому лечению. Фармакотерапия эффективна для уменьшения частоты и интенсивности галлюцинаций, однако нечувствительность симптома СГ к антипсихотическим препаратам находится в диапазоне от 25 до 50% [14; 48]. Около 30% пациентов с диагнозом шизофрения не отвечают должным образом на лечение как психотического расстройства, так и СГ [33]. Помимо этого, необходимо учитывать побочные эффекты фармакотерапии, которые снижают комплаентность, эффективность лечения и повышают риск отказа от его прохождения [65].

Ведущие техники психотерапии «голосов», основанные на теоретической концептуализации феномена СГ и психологических механизмов усиления и поддержания симптома, а также на результатах современных экспериментов по СГ, направлены на адаптацию пациентов к резистентным галлюцинаторным переживаниям, особенно носящим командный характер и составляющим угрозу причинения ущерба себе или окружающим. В настоящее время активно исследуется эффективность методов психотерапии, включающих техники когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и подхода, основанного на теории отношений (*Relating Therapy*) [43]. В контексте третьей волны КБТ представлены, например, модифицированные для терапии «голосов» терапия осознанности (*Mindfulness*) [25] и терапия принятием и согласием (*Acceptance and Commitment Therapy*) [63], базирующиеся на свойствах внимания и его динамике. Специфичным видом КБТ в отношении СГ командного характера выступает метакогнитивный тренинг «Когнитивная терапия для командных галлюцинаций» (*Cognitive Therapy for Command Hallucinations*) [21], имеющий целью редукцию поведения, направленного на поиск безопасности, как поддерживающего механизма СГ.

В рамках подхода, основанного на отношении, рассматриваются особенности отношения пациента к СГ и способов взаимодействия с ними, а также разработан ряд терапевтических стратегий вмешательства, эффективность которых подтверждается в контролируемых экспериментах. Так, например, терапия отношения, базируется на общих паттернах межличностного взаимодействия в виде последовательного формирования навыков ассертивности (уверенность в себе, умение отстаивать себя), ставящая во главу угла отношение человека к «голосам»

и к специфике взаимодействия с ними в широком смысле [43]. Одной из наиболее перспективных и оригинальных стратегий терапевтического вмешательства в рамках данного подхода выступает AVATAR-терапия, или аудиовизуальная терапия для устойчивых слуховых галлюцинаций (*avatar therapy*; AVATAR — *Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations*). AVATAR — реализация виртуального диалога с источником «голоса», общение с которым управляется терапевтом и нацелено на качественную трансформацию отношений пациента и «голоса» в направлении его большей субъективной управляемости и доброжелательности [28]. В цифровую эпоху данный вид психотерапии использует те современные ресурсы моделирования виртуальной реальности, которые могут быть использованы в качестве психологических средств временной объективации искаженной психической деятельности, улучшения навыков управления и регуляции нарушенных психических процессов и модификации дисфункционального паттерна взаимодействия с «голосами».

В настоящий момент не вызывает сомнения наличие не только не всегда непосредственно наблюдаемых пусковых стимулов для провокации СГ, но и определенного психоэмоционального состояния пациента, его дисфункциональных убеждений и паттернов взаимодействия с другими, в том числе параметров социальной тревоги (страх отвержения, критики, осмеяния) и нарушений ментализации. Я-образ, формирующийся в социальном контексте, связанный с возможностью и качеством удовлетворения значимых социальных потребностей, может актуализировать СГ. Например, восприятие себя как недостойного и отвергаемого, поддерживающееся когнитивными и метакогнитивными искажениями, может проявиться как состояние общей психофизиологической слабости и тревоги, а затем перейти на уровень «голосов», описывающих этот Я-образ. Фрустрация социальных потребностей — в привязанности, самостоятельности в изучении окружающей среды, включения в группу и социального принятия — приводит к дисрегуляции тревоги, что в сложной опосредованной цепи может оказывать влияние на манифестацию и закрепление более тяжелой психопатологической симптоматики [10; 61].

Многообразие техник и подтверждение их эффективности в пилотных исследованиях в конечном счете не оказались достаточными условиями для уменьшения переживания дистресса при СГ: приспособление к системному дефекту не приводит к сворачиванию патологического процесса, а выработанные адаптационные стратегии, ввиду психологической сложности СГ при обходе механизмов их развития, не определяют долгосрочную эффективность психотерапии. Кроме того, зачастую вмешательство осуществляется на конечных стадиях психопатологиче-

ских проявлений, т. е. болезненных состояний, достигших выраженности и, следовательно, нередко не поддающихся изменению.

Смещение акцента при вмешательстве на модификацию основной эмоционально-когнитивной траектории диалога с «голосом» позволяет сформировать новый более ассертивный паттерн коммуникативного поведения со СГ [42]. Психическая деятельность социальна и диалогична по своей природе, опосредствована по строению [2]; для восстановления произвольного характера ее протекания при СГ необходимы новые психологические (в том числе коммуникативные) средства реорганизации искаженной деятельности (отчуждение мыслей, нарушение внутренней речи). Однако целый ряд техник, направленных на выработку навыков конструктивного взаимодействия в ситуациях актуализации СГ и трансформацию способа оценивания опыта галлюцинаторных проявлений, не позволяют пациенту экстериоризировать диалогичный процесс во внешнем плане с целью повышения произвольности, управляемости и изменения траектории данного процесса. Кроме того, поддерживать диалог с командным, постоянно критикующим и часто враждебным «голосом» без внешней опоры, особенно в ситуации дезорганизации психической деятельности, — сложная задача для пациента.

На данном этапе развития науки AVATAR [28] представляет собой интегративный вид терапии, отвечающий требованиям современных информационных технологий и ориентированный на рассмотрение когнитивного и перцептивного аспектов деятельности, анализ отношений с «голосом» посредством работы с самооценкой человека и регуляцию социальной тревоги в ситуациях коммуникации, что повышает вероятность достижения целей вмешательства. Таким образом, на современном этапе одним из наиболее перспективных оказался подход, использующий элементы виртуальной реальности для пошаговой трансформации отношений с «голосом», при этом задействуются элементы когнитивных, метакогнитивных техник работы с тревогой и ассертивностью в коммуникативных ситуациях.

Виртуальная реальность имеет ряд значимых с точки зрения концептуализации и психотерапии СГ особенностей, а именно: интеграция когнитивного/вербального и перцептивного/символического опыта, опыт разделения на «субъект» («Я») и «объект» (СГ), эффект присутствия, возможность взаимодействия с виртуальной реальностью, опыт управления и выстраивания традиционного диалога, а также переживание возможности модерации диалога и трансформации враждебности персонифицированного в аватаре «голоса». Рассмотрение СГ как продукта деятельности тревожного прислушивания диктует такие важные свойства виртуальной реальности для вмешательства при «голосах», как изменение условий решения задачи напряженного прислушивания (ти-

хие звуки, неопределенный источник), определяющих актуализацию и усиление СГ, а также локализация потенциального источника управляющего «голоса» (определение источника СГ).

## **История создания AVATAR: социальная тревога в структуре СГ**

AVATAR как самостоятельный вид терапии берет свое начало в межличностной теории СГ, рассматривающей диалог с объектом воплощения/замещения «голоса» в виде другого человека как единицу анализа отношений со СГ. Слышание «голоса» нередко частично или полностью персонифицировано, на основе чего достраивается объяснительная модель опыта СГ [54]. Различные типы отношений к СГ, часто имеющие негативное эмоциональное содержание, и соответствующие эмоционально-поведенческие стратегии связаны с динамикой интенсивности переживаемого дистресса. Например, дистресс усиливается при страхе вербальных галлюцинаций и ощущении подконтрольности им [44], восприятии их как угрозы [57], тенденции к избеганию опыта СГ [69], вторичном метакогнитивном отрицательном означении СГ [47]. Помимо дистресса СГ вызывают опасное поведение и создают препятствия для выстраивания и поддержания социальных отношений [55].

Существует несколько эмпирических доказательных моделей СГ, определяющих психические компоненты разворачивания галлюцинаторного процесса, например, модель самосфокусированного внимания / мониторинга источников и ошибочной интерпретации внутренней речи, метакогнитивная модель и интегрированная модель Андрэ Алемана (*A. Aleman*) и Франка Ляруа (*F. Larøi*) [13]. Рассмотрим центральные аспекты патогенеза и устойчивости галлюцинаторного переживания, направленность на которые посредством AVATAR потенциально может снизить частоту и интенсивность «голосов».

Согласно первой модели самосфокусированное интернальное внимание и мониторинг источников понимаются как способность дифференцировать самогенерируемые и воображаемые ментальные явления, нарушение которой обуславливает восприятие своих мыслей как приходящих извне, не продуцируемых собственным сознанием [23]. Энтони Моррисон (*A.P. Morrison*) определяет «голоса» как отчужденные экстерниоризированные навязчивые неприемлемые мысли, которые оказываются недоступными для человека из-за противоречащих их содержанию метакогнитивных убеждений. Экстернализация мысли понимается как попытка преодоления возникающего когнитивного диссонанса [58]. В теории Алемана и Ляруа ключевая идея заключается в том, что состояния тревоги или стресса усиливают связь между percep-

цией и аудиальной корой. Эмоциональное возбуждение, а также повышенная бдительность, следы памяти и образы воображения создают препятствия наблюдению за источником мыслей и его фиксации, что приводит к ошибочному приписыванию мыслительного компонента внешнему миру [13].

Классическая метакогнитивная модель Моррисона [58] не дает объяснения тому, что у некоторых пациентов при навязчивых мыслях и несовместимых с ними метакогнитивных убеждениях может отсутствовать галлюцинаторный опыт, например, при тяжелом течении обсессивно-компульсивного расстройства. Модель же Алемана и Ляруа [13] не учитывает влияние таких сложных эмоциональных переживаний и навязчивых мыслей, как чувство неэффективности, личной недостойности, мыслей о своей социальной непригодности, ожидания критикующего недоброжелательного отношения, которые в клинической практике оказываются связанными с актуализацией СГ.

В ответ на недостаток объяснительной силы ранних моделей СГ Джампаоло Сальваторе (*G. Salvatore*) с коллегами [61] выделяют интегрированные факторы развития и поддержания СГ при шизофрении в русле системного биопсихосоциального подхода; детерминирующими выступают пререклексивные факторы (облегчение связи между премоторной и перцептивной областями, дисфункция способности ориентироваться на других в общении и активация проблемных схем, вызывающих выраженные негативные эмоциональные переживания), когнитивные факторы (навязчивые мысли и дисфункциональные когнитивные стратегии саморегуляции в условиях эмоционального дистресса) и метакогнитивные факторы (трудность рефлексии над собственными психическими состояниями и состояниями других).

Дисфункция пререклексивной ориентации на другого определяется как нарушения мгновенного понимания эмоций и намерений собеседника при участии в интерсубъективном процессе, в котором человек автоматически, без когнитивных усилий, выстраивает свое взаимодействие в социально-коммуникативной ситуации [41]. Трудности ориентации на другого в процессе общения приводят к негативным эмоциональным переживаниям (например, чувство неэффективности в социальных контактах, недостойности их), так как человек ощущает себя неспособным соответствовать условному социальному контексту [22]. В современной концептуализации метакогнитивные факторы понимаются как многомерный конструкт, включающий компоненты, касающиеся мыслей о собственных ментальных состояниях и состояниях других, а также использования данного понимания для эффективного эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования в проблемных ситуациях [11; 61]. При ограниченной способности к дифференциации менталь-

ных состояний наряду со склонностью к навязчивым мыслям отмечается значимая тенденция к актуализации и усилению галлюцинаторных переживаний [66].

Дистресс вызывают не только сами «голоса» по механизму замкнутого круга, но и ситуации взаимодействия с другими, стрессовые социально-оценочные ситуации, в которых возможны воспринимаемое неодобрение, враждебное отношение [61]. В литературе приводится пример об актуализации у пациентки схемы «Ты никому не интересна», озвучиваемой галлюцинаторным «голосом» в то время, когда женщина считала себя отвергнутой друзьями, например, если они не отвечали на телефонные звонки. «Я», нуждающееся в удовлетворении важной социальной потребности в любви, социальном принятии, ожидает выраженную критику со стороны других, таким образом, избирательно воспринимает коммуникативную информацию и реагирует социальной изоляцией. Нередко при параноидной шизофрении упрочены дисфункциональные схемы, ведущие к переживанию себя как мишени для насмешек, эксплуатации или причинения ущерба в социальных ситуациях [61].

При появлении СГ галлюцинаторный опыт поддерживается посредством таких факторов, как когнитивные процессы (воспоминание о предыдущих эпизодах «голосов», руминации о СГ), метакогнитивные убеждения о СГ (например, что сопротивление «голосам» имеет неблагоприятные последствия) и межличностные факторы (негативные реакции других на опыт СГ, социальная отстраненность и т. д.) [61]. Переживание галлюцинаций может привести к нежелательному поведению в виде социальной изоляции, так как они препятствуют межличностному общению и ассоциированы с дистрессом [53].

Таким образом, тревога в отношении неуспеха в коммуникации, искажения процессов ментализации (понимания других людей) и самосфокусированное интернальное внимание могут усиливаться в руминативном цикле, провоцировать избирательную селекцию социально-коммуникативной информации и, соответственно, актуализировать опыт СГ.

AVATAR как компьютерная психотерапевтическая техника была создана на основе осмысления роли социального компонента в развитии и поддержании «голосов» Джулианом Леффом (*J. Leff*) с коллегами [49], а Томас Крейг (*T.K. Craig*) с коллегами провели основательную экспериментальную апробацию данной терапии [28]. Базовым положением AVATAR выступают идеи о том, что галлюцинаторные переживания целесообразно осмыслять в контексте индивидуального коммуникативно-эмоционального опыта человека как условно социальные субъекты с собственным личностным отношением, целью и значением взаимодействия, тесно связанные с образом Я, самооценкой и интериоризи-

рованным опытом взаимодействия со значимыми другими. В ходе процедуры AVATAR исследуются, с одной стороны, интенсивность и сила «голоса», качество отношений со СГ, например, недоброжелательность, с другой — похожесть голоса «преследователя» на голос какого-либо человека, связанного с неблагоприятным ранним опытом, психотравмирующей ситуацией и т. п.

## **Процедура проведения AVATAR**

Цель AVATAR — выработка адаптивного отношения пациента к «голосу» и согласованной позитивной самооценки, что рассматривается как ресурс совладания с симптомами болезни и уменьшения дистресса. При этом интерпретация СГ как нарушений восприятия внутренней речи пациента не является задачей терапии.

Работа со СГ в рамках AVATAR-терапии представляет собой общение пациента и виртуального аватара (воплощения, симуляции) одного из галлюцинаторных «голосов», направляемое терапевтом для достижения необходимой динамики. Аватар — визуальная модель предполагаемого источника галлюцинаторного «преследователя» (рисунок), или «голоса», которого пациент выбирает для установления с ним конструктивного взаимодействия, например, это наиболее доминирующий или приносящий выраженный дискомфорт «голос» из нескольких имеющихся.



*Рис.* Примеры визуализации пациентами «голоса» в виде виртуального аватара

Терапевт, с одной стороны, выступает в роли самого себя, с другой — озвучивает аватара: с помощью цифровых технологий осуществляется преобразование характеристик речи специалиста (высота, тон) в соответствии с голосовыми свойствами «преследователя». Пациент нахо-

дится в одной комнате за монитором, на котором представлен аватар, в это время терапевт расположен в другой комнате, ведет диалог с пациентом как от своего лица, так и от лица «голоса». Диалог начинается с дословных сообщений о том, что говорит «голос», задача терапевта в процессе диалога — трансформировать высказывания и намерения аватара в соответствии с текущей ситуацией и целями психотерапии. Динамика общения с аватаром отражается в опыте ассертивного поведения пациента, качественном изменении отношения к «голосу» — достижении сотрудничества с «голосом», доброжелательности, позитивного оценивания.

С позиции культурно-деятельностного подхода при решении задач патопсихологии можно говорить о восстановлении произвольности, управляемости психической деятельности на основе использования сперва внешних психологических средств (развернутой коммуникации с СГ). Симуляция внешнего плана взаимодействия с «голосом» улучшает саморегуляцию и помогает пациенту овладеть своим поведением.

Глобально выделяются две стадии процедуры AVATAR: 1) противостояние приказам «голоса», выработка ассертивных стратегий взаимодействия с ним; 2) трансформация элементов общения со СГ, связанная с тем, что аватар как субъект совместной деятельности станет более социально и личностно приемлемым для пациента. Психотерапия включает 6—8 сессий, каждая из которых посвящена, во-первых, собственно диалогу с аватаром (15 минут), во-вторых, обсуждению значимых ситуаций недели, разработке плана текущей сессии и анализу осуществленного диалога (30 минут). В ходе терапии в особо сложных моментах, связанных с интенсивным переживанием дистресса, пациент может нажать на «красную кнопку», после чего аватар исчезнет с монитора и появится приятная картина (например, пейзаж) с расслабляющей музыкой. Диалог пациента и аватара, осуществленный на сессии, записывается в формате MP3, сама запись диалога отдается пациенту для самостоятельной работы во время актуализации «голоса» — такое вспомогательное средство можно назвать своего рода «терапевтом в кармане».

Схема проведения AVATAR показала эффективность в работе не только со СГ, но и с нарушениями при аутизме [59], синдроме дефицита внимания и гиперактивности [35], посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) [15], социальной тревоге в ситуации публичного выступления [16] и т. д. Например, на выборке людей с симптомами тревожных расстройств и ПТСР с помощью компьютерной задачи, в которой аватар направляется через ряд экранных событий, (а) предсказывается поведенческое избегание, избегание вреда / причинения ущерба, (б) выявляется избирательность к избегающим стилям совладания в ситуации стресса и при проведении терапии. При постановке специальных

задач в терапии AVATAR могут решаться вопросы освоения пространства социальных отношений, трансформации дисфункциональных когнитивных убеждений о собственной эффективности в социальном взаимодействии и ожиданиях других, а также изменения метакогнитивных убеждений, поддерживающих избегающее, пассивное поведение (например, соблюдение приказов СГ) [16].

На основе единства механизмов протекания психической деятельности в норме и патологии, например в контексте установления и поддержания взаимодействия с другими, AVATAR рассматривается как важный посредник в работе с социальной тревогой при расстройствах психотического и непсихотического спектра.

### **Экспериментальная оценка терапевтического эффекта при проведении классической процедуры AVATAR-терапии**

Крейг с коллегами указывают на три исследования, в ходе которых была осуществлена оценка психотерапевтического эффекта AVATAR: два пилотных исследования, в которых AVATAR сравнивалась с группой в «листе ожидания» или проходящей обычное лечение СГ [29; 49], а также контролируемое рандомизированное исследование, сравнивающее AVATAR и поддерживающее консультативное вмешательство [28].

В эксперименте Леффа с коллегами представлена классическая процедура проведения терапии AVATAR [49]. Предполагалось, что выработанные навыки взаимодействия с аватаром распространятся на выстраивание диалога с «голосом» и выбор поведенческого реагирования. Сформулирована гипотеза о том, что возможно направленное преодоление отчуждения экстерниоризированного «голоса» в психике через трансформацию его враждебности и переход к сотрудничеству пациента с воплощенным в аватаре персонифицированным образом СГ. При оценке эффективности AVATAR непосредственно после окончания терапии в экспериментальной группе обнаружилось среднее снижение показателей по выраженности СГ, измерявшейся Шкалой оценки психотических симптомов (*The Psychotic Symptom Rating Scale; PSYRATS-AN*) [32], и враждебности «голоса», по модифицированному опроснику «Убеждения о голосах» (*The revised Beliefs About Voices Questionnaire; BAVQ-R*) [24]. Показатели по уровню депрессии, исследуемые с помощью Шкалы депрессии при шизофрении Калгари (*The Calgary Depression Scale for Schizophrenia*) [12], при непосредственной оценке не достигли значимых изменений, однако отсрочено (через три месяца наблюдений) значительно снизились, что было связано также со снижением выраженности суицидальных тенденций. При этом кон-

трольная группа не продемонстрировала положительную динамику по измерявшимся показателям [49].

В исследовании, с одной стороны, показано снижение интенсивности и частоты СГ, а также уменьшение баллов по субшкале воспринимаемой враждебности «голоса», у трех пациентов даже исчезли резистентные СГ и не появлялись в течение проведения AVATAR и при последующем наблюдении (три месяца). Опосредованно была реализована не являющаяся собственно целью терапии направленность на редукцию депрессивных состояний и связанных с ней феноменов. Благоприятные исходы лечения, по мнению авторов, могут быть связаны с созданием вспомогательного средства — MP3-записи диалога («терапевт в кармане»), позволяющего закреплять навыки ассертивного поведения вне сеансов терапии [49]. Также использование визуального воплощения преследующего «голоса» у пациентов, в основном имеющих низкую несогласованную самооценку, способствует организации психической деятельности в виде возможности контроля СГ и принятия собственных личностных качеств.

С другой стороны, часть испытуемых были исключены из эксперимента из-за выраженного дистресса, с которым не каждый пациент смог справиться в диалоге лицом к лицу с «преследователем». При сравнении AVATAR и обычного лечения не контролировалось время и внимание, которые терапевт уделял пациенту. Как известно, оценки эффективности терапии, получаемые в пилотных экспериментах, являются часто завышенными, однако в целом обнаружение выраженной положительной динамики при AVATAR повлияло на проведение более крупных исследований по данной тематике [49].

Крейг сформулировал важные задачи, решение которых связано с изучением различных аспектов применения техники AVATAR: сравнение эффективности AVATAR и поддерживающего консультативного вмешательства, выявление и обоснование механизмов терапии, а также экономический анализ проблемы здоровья [27].

Группой ученых, возглавляемой Крейгом, проведено первое рандомизированное контролируемое исследование по оценке психотерапевтического эффекта AVATAR в сравнении с поддерживающим консультированием. Участниками эксперимента выступали пациенты с расстройствами шизофренического спектра или аффективными расстройствами, слышащие «голоса» в течение как минимум последних 12 месяцев. По сравнению с первичными результатами измерения показателей по шкалам, проводимого до вмешательства, оценка через 12 недель показала большее уменьшение СГ и снижение дистресса по PSYRATS [32] при использовании AVATAR, чем при поддерживающем консультировании. Спустя 24 недели в группе, получающей терапию

AVATAR, отмечалась дальнейшая положительная динамика лечения по выраженности СГ по PSYRATS-АН [32], убеждениям о СГ по BAVQ [24] и оценке действий по отношению к СГ по шкале «Принятие голосов и действия» (*The Voices Acceptance and Action Scale*) [64]. Кроме того, показатели в группе поддерживающего консультирования продолжали улучшаться, что привело спустя 24 недели к отсутствию значимых различий между группами, получающими различное психологическое вмешательство. Авторы отмечают, что выраженных различий между данными группами через 12 недель и 24 недели по вторичным целям терапии, например, депрессивным состояниям, тревожности и т. п., обнаружено не было. Произошла редукция «голосов» у некоторых испытуемых в обеих группах. Однако вопреки предположениям экспериментаторов и результатам другого пилотного эксперимента, в данном исследовании AVATAR не оказала влияние на восприятие «голоса» как враждебного [28].

Авторы рассуждают о том, что AVATAR позволяет раньше получить психотерапевтический эффект, чем поддерживающее консультирование, однако отсроченное уравнивание результатов вмешательств может быть связано с различными факторами. Одним из них выступает, например, форма проведения консультирования в виде той или иной степени включенности терапевта в вопросы адаптации пациента, обсуждение связанных с психозом проблем жизнедеятельности, что может влиять на широту потенциальных психологических изменений. Отсутствие группы пациентов, получающих обычное фармакологическое лечение, осложняет интерпретацию полученных данных. Обсуждаются временные периоды, в которые наиболее целесообразно сопоставлять показатели эффективности психологического вмешательства и лечения антипсихотическими препаратами; наряду с этим, достоверность результатов сравнения эффектов психотерапии и фармакотерапии ставится под сомнение [19].

Краткая, ориентированная на творческий подход и использующая цифровые репрезентации психотического опыта терапия в трудах Крейга осмысливается как вмешательство, показавшее обнадеживающие клинические результаты [28; 29]. Однако развитие техники AVATAR имеет обратную логику: от проведения на практике процедуры вмешательства и апробации эффективности в экспериментах к методологическому обоснованию терапии, поиску механизмов и модераторов, определяющих возможность управления СГ. Таким образом, единство теории и практики при разработке AVATAR оказывается нарушенным, искажается закономерная последовательность формирования научно обоснованного метода вмешательства, что создает выраженные ограничения понимания того, какие компоненты терапии являются доказательными. Кроме того, получение положительного психотерапевтического эффекта по-

ложило начало инструментальному развитию классической схемы проведения терапии, что ставит новые вопросы в обход решения базовых. Иными словами, в данном случае методика отчасти определяет содержание методологии, что противоречит логике научного дискурса.

### **Иммерсивная виртуальная реальность, интерфейс «мозг-компьютер» и динамическая интеграция в системе «пациент—аватар» как компоненты AVATAR-терапии, обеспечивающие условия адаптации к «голосу»**

В исследовании Оливера дю Серта (*O.P. du Sert*) с коллегами достижение цели психотерапии — редукции дистресса при СГ — осуществлялось в контексте включения в процедуру AVATAR *иммерсивной виртуальной реальности*, или виртуальной реальности погружения, как нематериального аналога действительности (эффект присутствия) [62]. Предполагалось, что данные условия, обеспечивающие иллюзию непосредственного взаимодействия пациента с виртуальной средой (отсутствует осознание опосредованности цифровой технологией — аватаром), интенсифицируют переживание реальности диалога посредством включения целостного, узнаваемого перцептивного образа, что более полно воссоздаст особенности социально значимого эмоционального реагирования [31]. Кроме того, важная особенность исследования заключается во включении пациентов с резистентной шизофренией и устойчивыми к лечению СГ, тогда как в прочих исследованиях испытуемыми выступали пациенты с хроническими «голосами».

Аватар конструируется как похожий на человека или существо образ, вызывающий дистресс у пациента и являющийся вероятным «преследователем». Аватар обязательно должен был иметь как голос, так и лицо командного, враждебного галлюцинаторного переживания. Разработка такого воплощения осуществлялась пациентом с помощью специалиста и другого пациента-ровесника, уже участвующего в терапии. В итоге продуктом совместной деятельности по созданию визуальной модели «голоса» в виртуальной реальности выступал располагающийся на темном фоне аватар, общающийся с пациентом от первого лица [62].

Оценка применения иммерсивной виртуальной реальности при лечении «голосов», осуществляемая также в течение трех месяцев наблюдения, по шкале PSYRATS-AH [32] показала значимое уменьшение симптоматики СГ, особенно переживания дистресса из-за галлюцинаций. По BAVQ-R [24] получен большой положительный эффект трансформации убеждений пациента о «голосе» как враждебном. Произошло уменьшение общих психотических симптомов по шкале позитивных и

негативных расстройств (*Positive And Negative Syndrome Scale*) [45], депрессивных состояний, измеренных с помощью шкалы депрессии Бека (*Beck Depression Inventory-II*) [18]. Отмечались как повышение показателей качества жизни по опроснику качества жизни (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form*) [34], так и минимизация субъективно оцениваемых тревоги и страха по мере работы с аватаром.

Авторы исследования подчеркивают, что добиться высоких результатов при использовании иммерсивной виртуальной реальности удалось с помощью переживания переноса в виртуальную среду и восприятия реалистичности взаимодействия с находящимся в данной среде аватаром. Достижение эффекта присутствия рассматривается как важный фактор выработки навыков эмоциональной регуляции и уменьшения негативных эмоций. Изменение качества отношений с «преследователем» в ходе виртуального общения связано с работой на сессиях с самооценкой пациента, принятием своего опыта, коррекцией измененных убеждений о «голосах» в противовес оспариванию приказов «преследователя». Дю Серт с коллегами заключают, что погруженность в виртуальную реальность и коррекция самооценки обеспечивают достижение позитивного диалога с «голосом». Отмечалось улучшение общего самочувствия участников терапии, касающееся депрессивных состояний и симптомов шизофрении [62].

Обозначаются и важные ограничения в осуществлении оценки терапии. Так, сравнение эффекта «виртуальной» психотерапии и обычного лечения в строго определенном временном интервале не выступает прямым признаком доказательности психологического вмешательства, а дает лишь косвенные данные о возможности применения нового формата в работе со СГ и получении оперативного результата. Техники AVATAR не вытекали из тех рекомендаций, которые давал специалист, проводящий клиническую оценку состояния пациентов. Наиболее значимым ограничением репрезентативности результатов выступает отсев участников и невключение в общую экспериментальную картину соответственно тех факторов, при которых проведение терапии затруднительно [62]. Так, достоинства и недостатки «виртуальной» терапии, полученные в пилотном исследовании, оставляют открытым вопрос об эффективности AVATAR в долгосрочной перспективе.

Антонио Фернандез-Кабальеро (*A. Fernández-Caballero*) с коллегами предлагают перспективную модель динамической интеграции пациента и аватара посредством применения виртуальной реальности и нейрокompьютерного интерфейса, или интерфейса «мозг—компьютер». Данный интерфейс предполагает возможность обмена информацией между мозговыми системами и цифровым устройством по типу биологической обратной связи [37]. Указанная модель перенесена на психотерапию из

других медицинских отраслей вмешательства, показавших значимые результаты. Осмыслиется опыт различных средств, позволяющих в новом формате обеспечить погруженность пациента в виртуальный диалог и соединить образы реальных и виртуальных объектов [52]. Ученые опираются в том числе на эксперименты, показывающие дифференциацию нейрофизиологических реакций в диапазонах ритмов головного мозга, например, относительно регуляции эмоций с помощью музыки [38]. Важным условием системной работы интерфейса «мозг—компьютер» выступает интегрированный подход к обнаружению аффектов наряду с использованием других датчиков фиксации физиологических коррелятов в контексте обобщения всех получаемых данных [36].

Цель данной работы — динамическая интеграция в системе «пациент—аватар» в направлении создания безопасной социальной среды для жизнедеятельности пациента. На начальном этапе терапии предполагается взаимодействие между пациентом и терапевтом, на втором — включение в диалог аватара, на заключительном — обеспечение динамической интеграции пациента и аватара. Терапевт организует важные для данного взаимодействия условия, выступает инструментом установления контакта между потенциальными субъектами терапии посредством разработки сценариев развития диалога между ними, после чего настраивающие функции выполняют цифровые технологии. Обучение аватара основано на модели, рассматривающей такие компоненты адаптации, как убеждения, потребности и побуждения. Предполагается, что аватар выстраивает модель данных психологических компонентов и анализирует их, исходя из информации, полученной терапевтом при взаимодействии с пациентом, и мозговой активности пациента [37].

Идеи, развиваемые Фернандезом-Кабальеро и коллегами, могут дать почву для создания одного из вариантов лечения устойчивых к антипсихотикам СГ и прочих деструктивных состояний, сопутствующих шизофрении. Авторы модели не считают ограничением применения нейрокомпьютерного интерфейса при лечении психических расстройств недостаточную гибкость цифровых технологий в терапии [37]. Отсутствуют эксперименты, проводящие клиническую оценку эффективности данного вмешательства; как и при проведении любой психотерапии, важно проанализировать возможные риски неблагоприятных результатов лечения. В данной модели на первый план выходят биологические и «цифровые» компоненты терапии, собственно психологическому уделяется несколько меньше внимания. Однако на фоне имеющихся ограничений важно подчеркнуть ориентацию на принципы экологического подхода и попытку на теоретическом уровне представить возможность динамической интеграции пациента и средства-помощника в виде аватара.

## **Взаимоусиление терапевтического действия переменных «аватар» и «терапевт». Особенности психологических переживаний пациента**

Ввиду выраженного дистресса, с которым сталкиваются пациенты при актуализации СГ, восприятию «голоса» как враждебного, Изабелла Стефаниак (*I. Stefaniak*) с коллегами предложили расположить терапевта в одной комнате с пациентом для ощущения большей безопасности при общении с аватаром [68]. В таком формате проведения терапии в качестве аватара выступало анимированное лицо с синтезированным голосом [67], которое не претерпевало изменений, как это было в прочих вариантах AVATAR. В начале вмешательства аватар продуцировал непосредственно высказывания враждебного «голоса», а далее — содержание этих высказываний видоизменялось таким образом, что они способствовали развитию ассертивного реагирования пациента. Терапевт, с одной стороны, воспроизводил анимированный аватар в произвольном формате, с другой — оказывал необходимую помощь пациенту в совладании с данной ситуацией общения. Таким образом, и терапевт, и аватар оказывали специфическое влияние на пациента.

В эксперименте принимали участие пациенты с многолетним опытом СГ, устойчивые к фармакологическому лечению. После проведения AVATAR наблюдалось снижение показателей по шкале PSYRATS-AH [32] — частоты, продолжительности СГ, дистресса и т. д. Оценка, проводимая спустя три месяца, показала низкие баллы по PSYRATS-AH [32] и шкале «Дифференциал власти голоса» (*Voice Power Differential Scale*) [20], измеряющей воспринимаемую пациентом разницу между ним и «голосом» по таким параметрам, как власть, сила, уверенность, уважение, способность причинить вред, превосходство и знания. Измерение по шкале PSYRATS-D [32], связанной с оценкой выраженности бреда, не показало значимых результатов — данный факт исследователи расценивают как специфичность терапии AVATAR к лечению собственно галлюцинаторной симптоматики.

Полученные данные об эффективности рассматриваемого варианта терапии осмысляются как результат взаимодействующего влияния параметров «аватар» и «терапевт» в процессе психологического вмешательства, которое можно охарактеризовать как взаимоусиливающееся (синергетический эффект). Наряду с этим, терапевт выступал более включенным субъектом по отношению к пациенту, организуя сложные моменты диалога. Вероятно, снижение дистресса находящимся рядом терапевтом в большей степени разворачивает во внешнем плане опыт взаимодействия с «преследователем», дает осязаемую опору, однако на определенном этапе осуществления терапии целесообразно предоставить пациенту большую инициативность и свободу при общении с «го-

лосом» для моделирования тех ситуаций, с которыми он сталкивается в повседневной деятельности. Ограничениями исследования выступают небольшая численность выборки и отсутствие сравнения с группой, где бы проводилась терапия AVATAR в классическом варианте [68]. Привнесение посредничества терапевта во взаимодействие с аватаром имеет большой смысл для пациентов в контексте их интенсивных и тягостных переживаний и может применяться как вспомогательное средство в более сложных случаях «голосов», при отказе участвовать в первоначальном формате вмешательства.

Помимо широко применяемых шкал, направленных на измерение тех или иных аспектов СГ, убеждений о «голосах», психотических симптомов, депрессивных и тревожных состояний и т. д., оценку эффективности лечения следует проводить и в отношении субъективных ощущений, ожиданий и мотивов, связанных с вмешательством. Люди, ухаживающие за пациентами с шизофренией, считают значимыми такие показатели лечения, как исходы, связанные с симптомами болезни, функциональные результаты, качество жизни, личностное восстановление, а также удовлетворенность проводимой терапией [50]. Лаура Деллазиззо (*L. Dellazizzo*) с коллегами провели контент-анализ для выявления ведущих тем в диалоге пациента и аватара, которые тесно связаны с целями лечения, а также ключевыми переживаниями участников AVATAR. Такими темами оказались эмоциональные реакции на СГ, представления о СГ и психотическом состоянии, самовосприятие, механизмы совладания и амбиции/стремления [30]. Кроме того, компоненты Я-концепции пациентов коррелируют с содержанием высказываний «голоса», оценкой силы СГ и эмоционально-поведенческим ответом на галлюцинаторный опыт [39].

Полученные данные подчеркивают фундаментальный принцип *единства аффекта и интеллекта* в контексте общности механизмов протекания психической деятельности в норме и патологии, а также важность учета переживаний пациента в процессе терапии. Согласно культурно-деятельностному подходу, реализацией которого выступает синдромный анализ в патопсихологии, *пациент является активным субъектом совместной деятельности* наряду с другими участниками вмешательства и конструирует социальную ситуацию развития. Главная задача терапевта — обеспечить необходимые условия для использования пациентом средств саморегуляции в виде управления собственным состоянием или адаптации к имеющимся нарушениям. Включение в терапию еще одного условного субъекта-средства — аватара — диктует качественно новые свойства взаимодействия триады «пациент—терапевт—аватар», что с необходимостью должно найти свое осмысление в контексте организации социального взаимодействия, связанного с ин-

тенсификацией психотерапевтического эффекта и минимизацией неблагоприятных результатов лечения, отказов от продолжения терапии AVATAR и т. д.

### **Овладение своим поведением при AVATAR: речевое и символическое опосредствование**

Феномен AVATAR имеет примечательную историю становления: выделение из подхода, основанного на теории отношений, в самостоятельную терапию посредством включения цифровых технологий и элементов виртуальной реальности, экспериментальная оценка эффективности вмешательства, попытки преодоления ограничений терапии. На периферии анализа проблемы ставится вопрос о том, а какие механизмы и модераторы объясняют возможность управления поведением человека? Вдохновившись впечатляющими результатами пилотных экспериментов, ученые стремятся усовершенствовать процедуру проведения AVATAR, расширить потенциал применения терапии, привнести детали других теорий, однако решение главного вопроса о лежащих в основе терапии закономерностях так и не получено. Обход понимания фундамента AVATAR и надстраивание разрозненных, даже противоречащих собственно психологической науке элементов прочих концепций — «этажей», — могут привести к развалу бурно строящейся конструкции вмешательства. Как и при анализе любой психологической теории, плана психотерапии, необходимо критически подходить к выбору того, какие аспекты AVATAR являются доказательными, методологически обоснованными. Актуальной проблемой, таким образом, является методологическое осмысление AVATAR, выделение базовых механизмов управления СГ.

С позиции культурно-деятельностного подхода и патопсихологии, овладение своим поведением, как в норме, так и при патологии, возможно с помощью применения особым образом организованных психологических средств. Последнее обуславливает опосредствование психологического процесса, что выступает одной из важнейших характеристик развития ВПФ наряду с их произвольностью, социальностью по происхождению, системным строением, осознанием. Вспомогательное средство воздействия на свою деятельность первоначально существует как «средство воздействия на других и других на личность», которое в процессе освоения культурного опыта «вращивается» в психологическую систему, обеспечивая ее развитие и саморегуляцию. «Вращивание» вспомогательного орудия подразумевает не добавление в поведение простого навыка, а качественное изменение психологического процесса, его ус-

ложнение и системную реорганизацию [2]. Эти положения и есть суть логики построения вмешательства в контексте синдромного анализа в клинической психологии (школа Л.С. Выготского — А.Р. Лурии — А.Н. Леонтьева).

Психологическими средствами выступают знаково-символические системы, например, речь, графические символы, образы, цвета. Особое внимание корифеи психологии уделяли речи как вспомогательному орудию организации поведения человека, выступая против избыточно упрощенного сведения ее к одному из способов коммуникации. Значение речи велико в плане перехода от непосредственного реагирования к сложным опосредствованным актам психической деятельности, возможности планирования и коррегируемости действий, а также к более осмысленному восприятию мира на основе взаимного влияния мышления и речи. В работах Л.С. Выготского описан путь развития ребенка, формирования его ВПФ через «окультуривание», общий для всякой ВПФ механизм опосредствования деятельности. Л.С. Выготский рассматривает мнемотехнический акт как, например, «культурную» реакцию выбора; эксперименты А.Р. Лурия демонстрируют, как речевое опосредствование организовало моторику, координационные процессы при паркинсонизме, афазиях [2; 4]. В AVATAR диалог с преследователем выступает той же формой речевого опосредствования, способствуя овладению поведением людей с опытом СГ. Диалог с аватаром — возможность развернуть психическую деятельность во внешний план с использованием вспомогательного орудия; иллюзия непосредственного взаимодействия с виртуальной средой обеспечивает моделирование реальной ситуации жизнедеятельности, что выступает значимыми условиями проведения психологического вмешательства.

Продемонстрированная эффективность AVATAR может объясняться именно использованием вспомогательных средств в противовес направленности некоторых видов терапии на приложение «волевых» усилий, например, сопротивление приказам «голосов», их оспаривание и т. п. Учеными выдвигается идея о том, что СГ являются внутренней речью человека, которая воспринимается как не принадлежащая ему, что обостряет проблему рассмотрения организующей роли речи при СГ в контексте AVATAR. Так, происходит переход от «галлюцинаторной» речи к ее внешнему развернутому плану (средство воздействия на аватара и аватара на личность в процессе диалога с ним), а далее — к внутреннему организующему психологическому орудию — внутренней речи (средство воздействия на свое поведение). Выделенные два плана становления ВПФ — социальный и психологический — в AVATAR ориентировочно можно соотнести с этапами процедуры терапии: изменения качества отношения с аватаром и развития ассертивного поведения. Логика вме-

шательства соответствует принципу, согласно которому особенности самоорганизации деятельности человека, взаимоотношения ВПФ были «некогда реальным отношением между людьми» или между пациентом и аватаром. Однако в AVATAR при достаточном описании первого, социального, этапа организации поведения человека отчасти упускается из вида второй этап — «вращения» вспомогательного средства. Необходимо сконцентрироваться на специальном изучении психологического плана приобщения данного орудия, кроме этого, оба плана следует рассматривать не как противоположные феномены, а как качественные формы осуществления единого процесса.

Объективированный визуализированный аватар выступает и в роли образа как еще одного вида знаково-символических систем. Фундаментальным принципом овладения своим поведением выступает именно *общий механизм опосредствования*, будь то с помощью речи или с помощью образа или их взаимодействия [2]. Так, психотерапевтическое воздействие имеет даже этап выбора персонифицированного аватара как человека или «нечеловека», соответствующего образу СГ. Проходя тот же путь развития в терапии, что и речевое опосредствование, символический прием позволяет диффузному, вызывающему дистресс неподконтрольному процессу стать организованным и контролируемым.

### **Будущее AVATAR-терапии**

Крейг подчеркивает, что на данный момент приоритетным и специфичным направлением терапии AVATAR выступают резистентные к антипсихотическим препаратам СГ в контексте длительной истории болезни. Данная терапия потенциально может иметь положительный психотерапевтический эффект при закрепившемся взаимодействии пациента и «голоса», сформированности СГ как «голоса», «преследователя», восприятию галлюцинации как субъекта взаимодействия. В этом аспекте острым является вопрос о применимости AVATAR у пациентов с первыми эпизодами болезни, когда СГ не достигли уровня персонификации. Подразумевается, что AVATAR будет выступать компонентом широкого, общего подхода к лечению психотического состояния — указанный подход будет распространяться на лечение других симптомов психотического состояния [27]. Существующая недостаточность экспериментов по оценке терапии, важность сопоставления достоинств и недостатков техники, как в психологическом, так и социально-экономическом аспектах, а также потребность в проработке методологической базы AVATAR диктуют ограничения использования вмешательства на практике. Национальный институт здравоохранения и совершенствования

медицинской помощи (*The National Institute for Health and Care Excellence*) Великобритании рекомендует при психотических симптомах использовать техники КБТ как имеющие мощную эмпирическую базу, вопрос о включении в данные рекомендации AVATAR, являющейся многообещающей терапией, остается открытым.

## Заключение

Сохраняется дискуссия относительно научной концептуализации СГ, наблюдается смешение факторов и условий протекания патологического процесса. На фоне определения «голосов» как сложной когнитивно-перцептивной деятельности главенствующей позицией в психопатологии остается рассмотрение СГ в отрыве от реального раздражителя и мотивов, целей субъекта деятельности. Неразрешенные вопросы, в свою очередь, актуализируют проблему поиска эффективного вмешательства при галлюцинаторном опыте; игнорирование психологического компонента развития и поддержания СГ ассоциировано со стагнацией научной эволюции методов психотерапии. Проблема формирования, закрепления и усиления СГ оказывается шире, для приближения к объяснению механизмов «голосов» важно учитывать роль стрессоров, тревоги, когнитивных и метакогнитивных убеждений [6; 9; 69].

AVATAR как «цифровая терапия», рассматривающая помимо когнитивного компонента деятельности перцептивный и ориентированная на особенности самооценки пациента, его отношения к враждебному «голосу», демонстрирует значимые результаты эффекта лечения СГ [28; 29; 49]. Использование вспомогательного средства — аватара диктует определенные особенности лечения, обеспечивающие взаимодействие пациента с «голосом» на основе эффекта присутствия. В экспериментах С.Я. Рубинштейн показано, что условия, затрудняющие восприятие, а также задача на напряженное прислушивание, провоцируют и усиливают СГ [7]. Изменение данных условий с помощью AVATAR-вмешательства преодолевает патологические компоненты среды, которые чаще всего связаны с актуализацией СГ. Поднимаются важные вопросы относительно применения достижений современных цифровых технологий, позволяющих обеспечить диалог с «преследователем» в контексте иммерсивной виртуальной реальности, выйти на уровень динамической интеграции пациента и нейрокомпьютерного аватара [37; 62]. Существуют попытки минимизировать негативные переживания пациента при работе с «преследователем» посредством усиления терапевтического действия переменных «аватар» и «терапевт», не упустить из виду личностные особенности пациента при активном вне-

дрении цифровых элементов терапии [68]. Обратная логика развития AVATAR — от апробации в экспериментах к разработке теоретической базы — требует своего пересмотра. Сформулирован вопрос о важности проведения дальнейшей оценки эффективности указанного вида вмешательства, методологического осмысления опыта внедрения аватара как средства регуляции галлюцинаторных переживаний и, что особенно значимо, *психологического обоснования терапии AVATAR*.

Традиции культурно-деятельностного подхода в виде методологического обобщения и теоретического обоснования внешне противоречивых данных посредством изучения общих механизмов протекания психической деятельности в норме и патологии являются значимой перспективой современного научного понимания феномена «голосов», а также построения и апробации эффективной в практической деятельности терапии СГ. *Осмысление речевого и символического опосредствования психической деятельности как базовых механизмов овладения своим поведением выступает направлением методологической адаптации AVATAR-терапии, а также возможностью подробного описания перехода вспомогательного средства во внутренний психологический план*. Влияние на дезорганизованную психическую деятельность через механизмы опосредствования может приблизить к реорганизации и обратному процессу восстановления развернутой ВПФ, данную работу важно проводить сперва во внешнем плане психики с постепенным сворачиванием во внутренний план [2; 4; 6]. Во многом воздействие на СГ подразумевает работу с поддерживающими тревогу и стрессовые переживания когнитивными и метакогнитивными процессами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцова В.С., Шуненков Д.А., Иванова Е.М., и др. Русскоязычная адаптация опросника интернализованной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 // Неврологический вестник. 2019. Т. 51. № 4. С. 29—33. DOI:10.17816/nb16451
2. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
3. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Мировая психология и педагогика в поисках теории развития, адекватной вызовам нашего времени: вперед к Выготскому // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 170—175. DOI:10.17759/cpp.2017250312
4. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов: Объективное изучение дезорганизации поведения человека. М.: Когито-центр, 2002. 527 с.
5. Николаева В.В. С.Я. Рубинштейн: о вкладе развития патопсихологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Т. 1. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml> (дата обращения: 20.05.2020).

6. Рубинштейн С.Я. О рефлексорной природе галлюцинаций // Материалы совещания по психологии (1—6 июля 1955 г.). М.: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1957. С. 646—653.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Вопросы патопсихологии. М., 1970. С. 55—69.
8. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 30—43.
9. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9. № 2. С. 34—61. URL: [https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n2/Sagalakova\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n2/Sagalakova_et_al.shtml) (дата обращения: 20.05.2020). DOI:10.17759/cpse.2020090202
10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства // Сибирский психологический журнал. 2018. № 70. С. 75—91. DOI:10.17223/17267080/70/6
11. Холмогорова А.Б., Царенко Д.М., Москачева М.А. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 103—117. URL: [https://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Holmogorova\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Holmogorova_et_al.shtml) (дата обращения: 20.05.2020). DOI:10.17759/cpse.2016050408
12. Addington J., Shah H., Liu L., et al. Reliability and validity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) in youth at clinical high risk for psychosis // Schizophrenia Research. 2014. Vol. 153 (1—3). P. 64—67. DOI:10.1016/j.schres.2013.12.014
13. Aleman A., Larøi F. Hallucinations. The science of idiosyncratic perception. Washington, DC: American Psychological Association, 2008. 317 p. DOI:10.1037/11751-000
14. Aleman A., Larøi F. Insights into hallucinations in schizophrenia: Novel treatment approaches // Expert Review of Neurotherapeutics. 2011. Vol. 11 (7). P. 1007—1015. DOI:10.1586/ern.11.90
15. Allen M.T. A computer-based avatar task designed to assess behavioral inhibition extends to behavioral avoidance but not cognitive avoidance [Электронный ресурс] // PeerJ. 2018. Vol. 6. URL: <https://peerj.com/articles/5330/> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.7717/peerj.5330
16. Aumerich-Franch L., Kizilcec R.F., Bailenson J.N. The relationship between virtual self similarity and social anxiety [Электронный ресурс] // Frontiers in Human Neuroscience. 2014. Vol. 8. URL: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00944> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.3389/fnhum.2014.00944
17. Baethge C., Baldessarini R.J., Freudenthal K., et al. Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia // Bipolar Disorders. 2015. Vol. 7 (2). P. 136—145. DOI:10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x

18. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996. 38 p.
19. Bighelli I., Leucht C., Huhn M., et al. Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics // Schizophrenia Bulletin. 2020. Vol. 46 (3). P. 496—504. DOI:10.1093/schbul/sbz090
20. Birchwood M., Gilbert P., Gilbert J., et al. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: A comparison of three models // Psychological Medicine. 2004. Vol. 34 (8). P. 1571—1580. DOI:10.1017/s0033291704002636
21. Birchwood M., Michail M., Meaden A., et al. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial // Lancet Psychiatry. 2014. Vol. 1 (1). P. 23—33. DOI:10.1016/S2215-0366(14)70247-0
22. Carpendale J.I., Lewis C. Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction // Behavioral and Brain Sciences. 2004. Vol. 27 (1). P. 79—96. DOI:10.1017/S0140525X04000032
23. Carruthers G. The case for the comparator model as an explanation of the sense of agency and its breakdowns // Consciousness and Cognition. 2012. Vol. 21 (1). P. 30—45. DOI:10.1016/j.concog.2010.08.005
24. Chadwick P., Lees S., Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R) // The British Journal of Psychiatry. 2000. Vol. 177 (3). P. 229—232. DOI:10.1192/bjp.177.3.229
25. Chadwick P., Strauss C., Jones A.M., et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial // Schizophrenia Research. 2016. Vol. 175 (1—3). P. 168—173. DOI:10.1016/j.schres.2016.04.001
26. Cisneros-Franco J.M., Ouellet L., Kamal B., et al. A brain without brakes: Reduced inhibition is associated with enhanced but dysregulated plasticity in the aged rat auditory cortex [Электронный ресурс] // eNeuro. 2018. Vol. 5 (4). URL: <https://www.eneuro.org/content/5/4/ENEURO.0051-18.2018> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.1523/ENEURO.0051-18.2018
27. Craig T.K. AVATAR therapy: A promising new approach for persistent distressing voices // World Psychiatry. 2019. Vol. 18 (1). P. 98—99. DOI:10.1002/wps.20589
28. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomised controlled trial // Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 5 (1). P. 31—40. DOI:10.1016/S2215-0366(17)30427-3
29. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. The effects of an Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): Study protocol for a randomised controlled trial [Электронный ресурс] // Trials. 2015. Vol. 16. URL: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0888-6> (дата обращения: 12.07.2020). DOI:10.1186/s13063-015-0888-6
30. Dellazizzo L., du Sert P.O., Phraxayavong K., et al. Exploration of the dialogue components in Avatar Therapy for schizophrenia patients with refractory auditory hallucinations: A content analysis // Clinical Psychology and Psychotherapy. 2018. Vol. 25 (6). P. 878—885. DOI:10.1002/cpp.2322

31. *Diemer J., Alpers G.W., Peperkorn H.M., et al.* The impact of perception and presence on emotional reactions: A review of research in virtual reality [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00026/full> (дата обращения: 10.07.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2015.00026
32. *Drake R., Haddock G., Tarrier N., et al.* The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis // *Schizophrenia Research*. 2007. Vol. 89 (1–3). P. 119–122. DOI:10.1016/j.schres.2006.04.024
33. *Elkis H.* Treatment resistant schizophrenia // *The Psychiatric Clinics of North America*. 2007. Vol. 30 (3). P. 511–533. DOI:10.1016/j.psc.2007.04.001
34. *Endicott J., Nee J., Harrison W., et al.* Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure // *Psychopharmacology Bulletin*. 1993. Vol. 29 (2). P. 321–326.
35. *Fabio R.A., Capri T., Iannizzotto G., et al.* Interactive avatar boosts the performances of children with attention deficit hyperactivity disorder in dynamic measures of intelligence // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2019. Vol. 22 (9). P. 588–596. DOI:10.1089/cyber.2018.0711
36. *Fernández-Caballero A., Martínez-Rodrigo A., Pastor J., et al.* Smart environment architecture for emotion recognition and regulation // *Journal of Biomedical Informatics*. 2016. Vol. 64. P. 55–73. DOI:10.1016/j.jbi.2016.09.015
37. *Fernández-Caballero A., Navarro E., Fernández-Sotos P., et al.* Human-avatar symbiosis for the treatment of auditory verbal hallucinations in schizophrenia through virtual/augmented reality and brain-computer interfaces [Электронный ресурс] // *Frontiers in Neuroinformatics*. 2017. Vol. 11. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fninf.2017.00064/full> (дата обращения: 25.06.2020). DOI:10.3389/fninf.2017.00064
38. *Fernández-Sotos A., Fernández-Caballero A., Latorre J.* Influence of tempo and rhythmic unit in musical emotion regulation [Электронный ресурс] // *Frontiers in Computational Neuroscience*. 2016. Vol. 10. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncom.2016.00080/full> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.3389/fncom.2016.00080
39. *Fielding-Smith S.F., Hayward M., Strauss C., et al.* Bringing the “self” into focus: Conceptualising the role of self-experience for understanding and working with distressing voices [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01129/full> (дата обращения: 19.06.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2015.01129
40. *Fuentes-Claramonte P., Soler J., Hinzen W., et al.* The interfering effects of frequent auditory verbal hallucinations on shadowing performance in schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 208. P. 488–489. DOI:10.1016/j.schres.2019.01.019
41. *Gallese V.* The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity // *Psychopathology*. 2003. Vol. 36 (4). P. 171–180. DOI:10.1159/000072786
42. *Hayward M., Fuller E.* Relating therapy for people who hear voices: Perspectives from clients, family members, referrers and therapists // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2010. Vol. 17 (5). P. 363–373. DOI:10.1002/cpp.672

43. Hayward M., Jones A.M., Bogen-Johnston L., et al. Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. 2017. Vol. 183. P. 137—142. DOI:10.1016/j.schres.2016.11.019
44. Johns L.C., Hemsley D., Kuipers E. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non psychiatric group // *The British Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 41 (1). P. 81—86. DOI:10.1348/014466502163813
45. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 1987. Vol. 13 (2). P. 261—276. DOI:10.1093/schbul/13.2.261
46. Kingdon D.G., Ashcroft K., Bhandari B., et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010. Vol. 198 (6). P. 399—403. DOI:10.1097/NMD.0b013e3181e08c27
47. Kingdon D.G., Turkington D., John C. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. The amenability of delusions and hallucinations to reasoning // *The British Journal of Psychiatry*. 1994. Vol. 164 (5). P. 581—587. DOI:10.1192/bjp.164.5.581
48. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002. Vol. 63 (10). P. 892—909. DOI:10.4088/jcp.v63n1007
49. Leff J., Williams G., Huckvale M.A., et al. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: Proof-of-concept study // *The British Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 202 (6). P. 428—433. DOI:10.1192/bjp.bp.112.124883
50. Lloyd J., Lloyd H., Fitzpatrick R., et al. Treatment outcomes in schizophrenia: Qualitative study of the views of family carers [Электронный ресурс] // *ВМС Psychiatry*. 2017. Vol. 17. URL: <https://vmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1418-8> (дата обращения: 07.07.2020). DOI:10.1186/s12888-017-1418-8
51. Luhrmann T.M., Padmavati R., Tharoor H., et al. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: Interview-based study // *The British Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 206 (1). P. 41—44. DOI:10.1192/bjp.bp.113.139048
52. Maimone A., Georgiou A., Kollin J. Holographic near-eye displays for virtual and augmented reality [Электронный ресурс] // *ACM Transactions on Graphics*. 2017. Vol. 36 (4). URL: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3072959.3073624> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.1145/3072959.3073624
53. Mauritz M., van Meijel B. Loss and grief in patients with schizophrenia: On living in another world // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009. Vol. 23 (3). P. 251—260. DOI:10.1016/j.apnu.2008.06.006
54. Mawson A., Berry K., Murray C., et al. Voice hearing within the context of hearers' social worlds: An interpretative phenomenological analysis // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011. Vol. 84 (3). P. 256—272. DOI:10.1348/147608310X524883
55. McCarthy-Jones S., Marriott M., Knowles R., et al. What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis // *Psychosis*. 2013. Vol. 5 (1). P. 1—16. DOI:10.1080/17522439.2011.647051

56. *Moritz S., Larøi F.* Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice hearing, intrusions and thoughts // *Schizophrenia Research*. 2008. Vol. 102 (1—3). P. 96—107. DOI:10.1016/j.schres.2008.04.007
57. *Morrison A.P., French P., Wells A.* Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45 (9). P. 2241—2246. DOI:10.1016/j.brat.2007.01.002
58. *Morrison A.P.* The interpretation of intrusion in psychosis. An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2001. Vol. 29 (3). P. 257—276. DOI:10.1017/S1352465801003010
59. *Pennisi P., Tonacci A., Tartarisco G., et al.* Autism and social robotics: A systematic review // *Autism Research*. 2016. Vol. 9 (2). P. 165—183. DOI:10.1002/aur.1527
60. *Rossell S.L., Schutte M.J.L., Toh W.L., et al.* The Questionnaire for Psychotic Experiences: An examination of the validity and reliability // *Schizophrenia Bulletin*. 2019. Vol. 45 (1). P. 78—87. DOI:10.1093/schbul/sby148
61. *Salvatore G., Ottavi P., Popolo R., et al.* An inter-subjective multi-factorial model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia [Электронный ресурс] // *New Ideas in Psychology*. 2020. Vol. 58. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0732118X15300258> (дата обращения: 13.07.2020). DOI:10.1016/j.newideapsych.2020.100783
62. *du Sert O.P., Potvin S., Lipp O., et al.* Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial // *Schizophrenia Research*. 2018. Vol. 197. P. 176—181. DOI:10.1016/j.schres.2018.02.031
63. *Shawyer F., Farhall J., Thomas N., et al.* Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210 (2). P. 140—148. DOI:10.1192/bjp.bp.116.182865
64. *Shawyer F., Ratcliff K., Mackinnon A., et al.* The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot data // *Journal of Clinical Psychology*. 2007. Vol. 63 (6). P. 593—606. DOI:10.1002/jclp.20366
65. *Siskind D., McCartney L., Goldschlager R., et al.* Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: Systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209 (5). P. 385—392. DOI:10.1192/bjp.bp.115.177261
66. *Smailes D., Meins E., Fernyhough C.* Associations between intrusive thoughts, reality discrimination, and hallucination-proneness in healthy young adults // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2015. Vol. 20 (1). P. 72—80. DOI:10.1080/13546805.2014.973487
67. *Sorokosz K., Stefaniak I., Janicki A.* Synthetic speech in therapy of auditory hallucinations // *Text, Speech, and Dialogue: 20<sup>th</sup> International Conference (Prague, Czech Republic, August 27—31, 2017)*. Proceedings. Cham, Switzerland: Springer International, 2017. P. 83—91.
68. *Stefaniak I., Sorokosz K., Janicki A., et al.* Therapy based on avatar-therapist synergy for patients with chronic auditory hallucinations: A pilot study // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 211. P. 115—117. DOI:10.1016/j.schres.2019.05.036
69. *Tully S., Wells A., Morrison A.P.* An exploration of the relationship between use of safety-seeking behaviours and psychosis: A systematic review and meta-

analysis // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2017. Vol. 24 (6). P. 1384—1405. DOI:10.1002/cpp.2099

70. Waters F., Allen P., Aleman A., et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms // *Schizophrenia Bulletin*. 2012. Vol. 38 (4). P. 683—693. DOI:10.1093/schbul/sbs045

## REFERENCES

1. Vorontsova V.S., Shunenkov D.A., Ivanova E.M., et al. Russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika internalizovannoi stigmy psikhicheskogo sostoyaniya (samostigmatizatsii) ISMI-9 [Russian adaptation of the internalized stigma of the mental state (self-stigmatization) scale ISMI-9]. *Nevrologicheskiy vestnik = Neurology Bulletin*, 2019. Vol. 51 (4), pp. 29—33. DOI:10.17816/nb16451.
2. Vygotskii L.S. *Psikhologiya razvitiya cheloveka* [Psychology of human development]. Moscow: Smysl, Eksmo, 2005. 1136 p.
3. Zaretskii V.K., Kholmogorova A.B. Mirovaya psikhologiya i pedagogika v poiskakh teorii razvitiya, adekvatnoi vyzovam nashogo vremeni: vpered k Vygotskomu [World psychology and pedagogy in search of the development theory relevant to modern challenges: forward to Vygotsky]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 25 (3), pp. 170—175. DOI:10.17759/cpp.2017250312. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Luriya A.R. Priroda chelovecheskikh konfliktov: Ob"ektivnoe izuchenie dezorganizatsii povedeniya cheloveka [The nature of human conflicts: An objective study of human behavior disorganization]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2002. 527 p.
5. Nikolaeva V.V. S.Ya. Rubinshtein: o vklade razvitiya patopsikhologii [Susanna Ya. Rubinstein: The impact of the development of pathopsychology] [Elektronnyy resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2012. Vol. 1 (1). Available at: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml> (Accessed: 20.05.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Rubinstein S.Ya. O reflektornoi prirode gallyutsinatsii [On the reflex nature of hallucinations]. *Materialy soveshchaniya po psikhologii (Moskva, 1—6 iyulya 1955 g.) [The materials of psychological conference]*. Moscow: APN RSFSR, 1957, pp. 646—653.
7. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'noe issledovanie obmanov slukha [Experimental study of auditory deceptions]. In *Voprosy patopsikhologii [Issues of Pathopsychology]*. Moscow, 1970, pp. 55—69.
8. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Osnovnye teoreticheskie podkhody k issledovaniyu narushenii sotsial'nogo poznaniya pri shizofrenii: sovremennyy status i perspektivy razvitiya [The main theoretical approaches to the study of disorders of social cognition in schizophrenia: Current status and prospects of development]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22 (4), pp. 30—43. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V. Transformatsiya metodologicheskikh predstavlenii o "golosakh" i variantakh vmeshatel'stva spetsialistov pri slukhovykh gallyutsinatsiyakh [Transformation of methodological understanding about "voices" and versions of interventions by experts in the field of auditory hallucinations]

- [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9 (2), pp. 34—61. Available at: [https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n2/Sagalakova\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n2/Sagalakova_et_al.shtml) (Accessed 20.05.2020). DOI:10.17759/cpse.2020090202. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Sindromno-faktorniy metod v istoricheskom i sovremennom kontekste: vozmozhnosti issledovaniya sotsial'no-trevozhnogo rasstroistva [Syndrome-factor method in historical and modern context: Possibilities of studying social anxiety disorder]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Journal of Psychology*, 2018, no. 70, pp. 75—91. DOI:10.17223/17267080/70/6
  11. Kholmogorova A.B., Tsarenko D.M., Moskacheva M.A. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya pri rasstroistvakh shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov [The social cognition impairments of people with schizophrenia and affective spectrum disorders] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2016. Vol. 5 (4), pp. 103—117. Available at: [https://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Holmogorova\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2016/n4/Holmogorova_et_al.shtml) (Accessed 20.05.2020). DOI:10.17759/cpse.2016050408. (In Russ., abstr. in Engl.).
  12. Addington J., Shah H., Liu L., et al. Reliability and validity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) in youth at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 2014. Vol. 153 (1—3), pp. 64—67. DOI:10.1016/j.schres.2013.12.014
  13. Aleman A., Larøi F. Hallucinations. The science of idiosyncratic perception. Washington, DC: American Psychological Association, 2008. 317 p. DOI:10.1037/11751-000
  14. Aleman A., Larøi F. Insights into hallucinations in schizophrenia: Novel treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2011. Vol. 11 (7), pp. 1007—1015. DOI:10.1586/ern.11.90
  15. Allen M.T. A computer-based avatar task designed to assess behavioral inhibition extends to behavioral avoidance but not cognitive avoidance [Elektronnyi resurs]. *PeerJ*, 2018. Vol. 6. Available at: <https://peerj.com/articles/5330/> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.7717/peerj.5330
  16. Aymerich-Franch L., Kizilcec R.F., Bailenson J.N. The relationship between virtual self similarity and social anxiety [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2014. Vol. 8. Available at: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00944> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.3389/fnhum.2014.00944
  17. Baethge C., Baldessarini R.J., Freudenthal K., et al. Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorders*, 2015. Vol. 7 (2), pp. 136—145. DOI:10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x
  18. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996. 38 p.
  19. Bighelli I., Leucht C., Huhn M., et al. Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics. *Schizophrenia Bulletin*, 2020. Vol. 46 (3), pp. 496—504. DOI:10.1093/schbul/sbz090
  20. Birchwood M., Gilbert P., Gilbert J., et al. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: A comparison

- of three models. *Psychological Medicine*, 2004. Vol. 34 (8), pp. 1571—1580. DOI:10.1017/s0033291704002636
21. Birchwood M., Michail M., Meaden A., et al. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2014. Vol. 1 (1), pp. 23—33. DOI:10.1016/S2215-0366(14)70247-0
  22. Carpendale J.I., Lewis C. Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 2004. Vol. 27 (1), pp. 79—96. DOI:10.1017/S0140525X04000032
  23. Carruthers G. The case for the comparator model as an explanation of the sense of agency and its breakdowns. *Consciousness and Cognition*, 2012. Vol. 21 (1), pp. 30—45. DOI:10.1016/j.concog.2010.08.005
  24. Chadwick P., Lees S., Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 2000. Vol. 177 (3), pp. 229—232. DOI:10.1192/bjp.177.3.229
  25. Chadwick P., Strauss C., Jones A.M., et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 2016. Vol. 175 (1—3), pp. 168—173. DOI:10.1016/j.schres.2016.04.001
  26. Cisneros-Franco J.M., Ouellet L., Kamal B., et al. A brain without brakes: Reduced inhibition is associated with enhanced but dysregulated plasticity in the aged rat auditory cortex [Elektronnyi resurs]. *eNeuro*, 2018. Vol. 5 (4). Available at: <https://www.eneuro.org/content/5/4/ENEURO.0051-18.2018> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.1523/ENEURO.0051-18.2018
  27. Craig T.K. AVATAR therapy: A promising new approach for persistent distressing voices. *World Psychiatry*, 2019. Vol. 18 (1), pp. 98—99. DOI:10.1002/wps.20589
  28. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2018. Vol. 5 (1), pp. 31—40. DOI:10.1016/S2215-0366(17)30427-3
  29. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. The effects of an Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): Study protocol for a randomised controlled trial [Elektronnyi resurs]. *Trials*, 2015. Vol. 16. Available at: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0888-6> (Accessed 12.07.2020). DOI:10.1186/s13063-015-0888-6
  30. Dellazizzo L., du Sert P.O., Phraxayavong K., et al. Exploration of the dialogue components in Avatar Therapy for schizophrenia patients with refractory auditory hallucinations: A content analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2018. Vol. 25 (6), pp. 878—885. DOI:10.1002/cpp.2322
  31. Diemer J., Alpers G.W., Peperkorn H.M., et al. The impact of perception and presence on emotional reactions: A review of research in virtual reality [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2015. Vol. 6. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00026/full> (Accessed 10.07.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2015.00026
  32. Drake R., Haddock G., Tarrrier N., et al. The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2007. Vol. 89 (1—3), pp. 119—122. DOI:10.1016/j.schres.2006.04.024

33. Elkis H. Treatment-resistant schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2007. Vol. 30 (3), pp. 511—533. DOI:10.1016/j.psc.2007.04.001
34. Endicott J., Nee J., Harrison W., et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993. Vol. 29 (2), pp. 321—326.
35. Fabio R.A., Capri T., Iannizzotto G., et al. Interactive avatar boosts the performances of children with attention deficit hyperactivity disorder in dynamic measures of intelligence. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2019. Vol. 22 (9), pp. 588—596. DOI:10.1089/cyber.2018.0711
36. Fernández-Caballero A., Martínez-Rodrigo A., Pastor J., et al. Smart environment architecture for emotion recognition and regulation. *Journal of Biomedical Informatics*, 2016. Vol. 64, pp. 55—73. DOI:10.1016/j.jbi.2016.09.015
37. Fernández-Caballero A., Navarro E., Fernández-Sotos P., et al. Human-avatar symbiosis for the treatment of auditory verbal hallucinations in schizophrenia through virtual/augmented reality and brain-computer interfaces [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Neuroinformatics*, 2017. Vol. 11. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fninf.2017.00064/full> (Accessed 25.06.2020). DOI:10.3389/fninf.2017.00064
38. Fernández-Sotos A., Fernández-Caballero A., Latorre J. Influence of tempo and rhythmic unit in musical emotion regulation [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Computational Neuroscience*, 2016. Vol. 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncom.2016.00080/full> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.3389/fncom.2016.00080
39. Fielding-Smith S.F., Hayward M., Strauss C., et al. Bringing the “self” into focus: Conceptualising the role of self-experience for understanding and working with distressing voices [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2015. Vol. 6. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01129/full> (Accessed 19.06.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2015.01129
40. Fuentes-Claramonte P., Soler J., Hinzen W., et al. The interfering effects of frequent auditory verbal hallucinations on shadowing performance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2019. Vol. 208, pp. 488—489. DOI:10.1016/j.schres.2019.01.019
41. Gallese V. The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 2003. Vol. 36 (4), pp. 171—180. DOI:10.1159/000072786
42. Hayward M., Fuller E. Relating therapy for people who hear voices: Perspectives from clients, family members, referrers and therapists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2010. Vol. 17 (5), pp. 363—373. DOI:10.1002/cpp.672
43. Hayward M., Jones A.M., Bogen-Johnston L., et al. Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 2017. Vol. 183, pp. 137—142. DOI:10.1016/j.schres.2016.11.019
44. Johns L.C., Hemsley D., Kuipers E. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non psychiatric group. *The British Journal of Clinical Psychology*, 2002. Vol. 41 (1), pp. 81—86. DOI:10.1348/014466502163813
45. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1987. Vol. 13 (2), pp. 261—276. DOI:10.1093/schbul/13.2.261

46. Kingdon D.G., Ashcroft K., Bhandari B., et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010. Vol. 198 (6), pp. 399—403. DOI:10.1097/NMD.0b013e3181e08c27
47. Kingdon D.G., Turkington D., John C. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. The amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *The British Journal of Psychiatry*, 1994. Vol. 164 (5), pp. 581—587. DOI:10.1192/bjp.164.5.581
48. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2002. Vol. 63 (10), pp. 892—909. DOI:10.4088/jcp.v63n1007
49. Leff J., Williams G., Huckvale M.A., et al. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: Proof-of-concept study. *The British Journal of Psychiatry*, 2013. Vol. 202 (6), pp. 428—433. DOI:10.1192/bjp.bp.112.124883
50. Lloyd J., Lloyd H., Fitzpatrick R., et al. Treatment outcomes in schizophrenia: Qualitative study of the views of family carers [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2017. Vol. 17. Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1418-8> (Accessed 07.07.2020). DOI:10.1186/s12888-017-1418-8
51. Luhrmann T.M., Padmavati R., Tharoor H., et al. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: Interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 2015. Vol. 206 (1), pp. 41—44. DOI:10.1192/bjp.bp.113.139048
52. Maimone A., Georgiou A., Kollin J. Holographic near-eye displays for virtual and augmented reality [Elektronnyi resurs]. *ACM Transactions on Graphics*, 2017. Vol. 36 (4). Available at: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3072959.3073624> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.1145/3072959.3073624
53. Mauritz M., van Meijel B. Loss and grief in patients with schizophrenia: On living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009. Vol. 23 (3), pp. 251—260. DOI:10.1016/j.apnu.2008.06.006
54. Mawson A., Berry K., Murray C., et al. Voice hearing within the context of hearers' social worlds: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2011. Vol. 84 (3), pp. 256—272. DOI:10.1348/147608310X524883
55. McCarthy-Jones S., Marriott M., Knowles R., et al. What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis*, 2013. Vol. 5 (1), pp. 1—16. DOI:10.1080/17522439.2011.647051
56. Moritz S., Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, 2008. Vol. 102 (1—3), pp. 96—107. DOI:10.1016/j.schres.2008.04.007
57. Morrison A.P., French P., Wells A. Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. Vol. 45 (9), pp. 2241—2246. DOI:10.1016/j.brat.2007.01.002

58. Morrison A.P. The interpretation of intrusion in psychosis. An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001. Vol. 29 (3), pp. 257—276. DOI:10.1017/S1352465801003010
59. Pennisi P., Tonacci A., Tartarisco G., et al. Autism and social robotics: A systematic review. *Autism Research*, 2016. Vol. 9 (2), pp. 165—183. DOI:10.1002/aur.1527
60. Rossell S.L., Schutte M.J.L., Toh W.L., et al. The Questionnaire for Psychotic Experiences: An examination of the validity and reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 2019. Vol. 45 (1), pp. 78—87. DOI:10.1093/schbul/sby148
61. Salvatore G., Ottavi P., Popolo R., et al. An inter-subjective multi-factorial model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia [Elektronnyi resurs]. *New Ideas in Psychology*, 2020. Vol. 58. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0732118X15300258> (Accessed 13.07.2020). DOI:10.1016/j.newideapsych.2020.100783
62. du Sert O.P., Potvin S., Lipp O., et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 2018. Vol. 197, pp. 176—181. DOI:10.1016/j.schres.2018.02.031
63. Sawyer F., Farhall J., Thomas N., et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2017. Vol. 210 (2), pp. 140—148. DOI:10.1192/bjp.bp.116.182865
64. Sawyer F., Ratcliff K., Mackinnon A., et al. The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63 (6), pp. 593—606. DOI:10.1002/jclp.20366
65. Siskind D., McCartney L., Goldschlager R., et al. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2016. Vol. 209 (5), pp. 385—392. DOI:10.1192/bjp.bp.115.177261
66. Smailes D., Meins E., Fernyhough C. Associations between intrusive thoughts, reality discrimination, and hallucination-proneness in healthy young adults. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2015. Vol. 20 (1), pp. 72—80. DOI:10.1080/13546805.2014.973487
67. Sorokosz K., Stefaniak I., Janicki A. Synthetic speech in therapy of auditory hallucinations. *Text, Speech, and Dialogue: 20<sup>th</sup> International Conference* (Prague, Czech Republic, August 27—31, 2017). Proceedings. Cham, Switzerland: Springer International, 2017, pp. 83—91.
68. Stefaniak I., Sorokosz K., Janicki A., et al. Therapy based on avatar-therapist synergy for patients with chronic auditory hallucinations: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 2019. Vol. 211, pp. 115—117. DOI:10.1016/j.schres.2019.05.036
69. Tully S., Wells A., Morrison A.P. An exploration of the relationship between use of safety-seeking behaviours and psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 24 (6), pp. 1384—1405. DOI:10.1002/cpp.2099
70. Waters F., Allen P., Aleman A., et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 2012. Vol. 38 (4), pp. 683—693. DOI:10.1093/schbul/sbs045

***Информация об авторах***

*Сагалакова Ольга Анатольевна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории экспериментальной психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru)

*Жирнова Ольга Владимировна*, студент кафедры клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: [olga.zhirnova.2015@mail.ru](mailto:olga.zhirnova.2015@mail.ru)

*Труевцев Дмитрий Владимирович*, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории экспериментальной психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

***Information about the authors***

*Olga A. Sagalakova*, PhD in Psychology, Researcher, Experimental Psychology Laboratory, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru)

*Olga V. Zhirnova*, Student, Chair of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: [olga.zhirnova.2015@mail.ru](mailto:olga.zhirnova.2015@mail.ru)

*Dmitry V. Truevtsev*, PhD in Psychology, Researcher, Experimental Psychology Laboratory, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

Получена 14.07.2020

Received 14.07.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
EMPIRICAL STUDIES

**ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕТОДИКИ  
«УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ РОДСТВЕННИКОВ»**

**А.М. ШИШКОВА**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>,  
e-mail: shishaspb@mail.ru

**В.В. БОЧАРОВ**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>,  
e-mail: bochvikvik@gmail.com

**О.Ю. СТРИЖИЦКАЯ**

Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>,  
e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

## **А.Я. ВУКС**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»),  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>,  
e-mail: [ayavuks@bekhterev.ru](mailto:ayavuks@bekhterev.ru)

Представлены психометрические характеристики методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР), полученные на выборке из 297 родственников, опекающих больных с химической аддикцией. Методика разработана с учетом области применения — взаимодействие членов семьи. Наряду с классическими проявлениями выгорания (истощение, цинизм, редукция личностных достижений) она позволяет оценить аспекты личностного функционирования родственников (в частности, наполненность смыслом и самоэффективность в лечении больного), потенциально препятствующие развитию у них выгорания в процессе опеки хронически больного члена семьи. Проведенный анализ выявил хорошие психометрические характеристики методики УЭВР по параметрам: надежность, внутренняя конструктивная, конвергентная и дивергентная валидность.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, вовлеченность, личностные ресурсы, диагностика выгорания, валидность, надежность.

**Для цитаты:** Шшишкова А.М., Бочаров В.В., Стрижицкая О.Ю., Вукс А.Я. Психометрические характеристики методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 100—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290205>

# **PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE “LEVEL OF RELATIVES’ EMOTIONAL BURNOUT” QUESTIONNAIRE**

**ALEXANDRA M. SHISHKOVA**

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry  
and Neurology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University,  
Saint Petersburg, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>,  
e-mail: [shishaspb@mail.ru](mailto:shishaspb@mail.ru)

## VICTOR V. BOCHAROV

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>,

e-mail: bochvikvik@gmail.com

## OLGA YU. STRIZHITSKAYA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>,

e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

## ALEXANDR JA. VUKS

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>,

e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Psychometric properties of “The Level of Relatives’ Emotional Burnout” measure (LREB) based on a sample of 297 chemically addicted patients’ relatives are presented. The assessment tool was developed with regard to the field of application — the interaction of family members. Along with the classical burnout symptoms (exhaustion, depersonalization, and personal achievements reduction), LREB makes it possible to evaluate aspects of the informal caregivers’ personal activity (in particular, dedication, self-efficacy in the treatment of the ill relative), which potentially protect from burnout as a result of taking care for the chronically ill relative. The analysis revealed good psychometric characteristics of the LREB in terms of reliability, internal structural, convergent and divergent validity.

**Keywords:** emotional burnout, engagement, personal resources, measurement of burnout, validity, reliability.

**For citation:** Shishkova A.M., Bocharov V.V., Strizhitskaya O.Yu., Vuks A.Ja. Psychometric Properties of the “Level of Relatives’ Emotional Burnout” Questionnaire. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 100—118. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290205>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Тяжелая хроническая болезнь, как правило, затрагивает не только самого больного, но и его микросоциальное окружение, особенно тех, кто наиболее вовлечен в процесс опеки. В последние десятилетия все больше исследований направлено на изучение переживаний родственников в ситуации хронической болезни близкого [6; 11]. Феноменологическая картина переживаний родственников, вовлеченных в болезнь близкого, разнообразна и связана с рядом процессов, часто являющихся след-

ствием длительного пребывания в стрессовой ситуации, обусловленной болезнью. Среди таких процессов, в частности, можно отметить эмоциональное выгорание, возникающее при несоответствии требований ситуации и наличных ресурсов опекающих больного близких. Процесс эмоционального выгорания родственников достаточно долгое время находился вне исследовательского фокуса, поскольку уход за болеющим родственником рассматривался как естественная «святая» обязанность его близких, осуществляемая ради любви к больному [13]. Произошедшие в последние десятилетия социокультурные трансформации в значительной степени изменили картину, смягчив давление социальной нормы, заставляющей рассматривать опеку больного родственника как непреложную обязанность близкого.

В настоящее время теоретический конструкт выгорания широко используется в контексте отношений «опекающий—опекаемый» [3]. Однако длительное игнорирование необходимости изучения выгорания у лиц, подвергающихся воздействию хронического стресса (травматизации) в результате осуществления неформального ухода/взаимодействия с больным, обусловило методологический пробел в данной сфере, который, в свою очередь, проявляется, в частности, в фактическом отсутствии специализированного инструментария для оценки эмоционального выгорания родственников, опекающих хронически больного.

Для полноты описания существующей картины мы представим в данной работе краткий анализ существующих в настоящее время инструментов для диагностики выгорания в сфере отношений «опекающий—опекаемый», включая как область изучения «родительско-детских» отношений, так и отношений «опекающий родственник—хронически больной».

Необходимо сразу отметить, что в области изучения родительского выгорания (в процессе воспитания здоровых и хронически больных детей) ситуация с инструментарием его оценки складывается более благоприятно, по сравнению с областью исследования выгорания у лиц, опекающих взрослых хронически больных родственников. Однако общей тенденцией является то, что диагностика выгорания в обеих областях чаще всего проводится с помощью адаптированных вариантов методики «Опросник выгорания Маслач» (*Maslach Burnout Inventory; MBI*) [4; 9; 17; 19].

Необходимо подчеркнуть, что MBI была разработана для оценки выгорания в сфере трудовых отношений и, осуществляя перенос данного инструмента в сферу семейного взаимодействия, исследователи часто проводят лишь формальную адаптацию, заключающуюся в механической замене формулировок «мой клиент» на «мой ребенок» или «моя работа» на «забота о моем близком». По нашему мнению, несмотря на

то, что конструкт выгорания является принципиально применимым к деятельности, осуществляемой по уходу за больным в семье, эмоциональное выгорание в сфере семейных отношений имеет специфические особенности, которые необходимо учитывать при разработке инструментария для его оценки.

В области изучения родительского выгорания в качестве альтернативы для его оценки применяются также и другие опросники, изначально сконструированные для измерения профессионального выгорания, в частности, опросник выгорания Широма—Меламеда (*Shirom—Melamed Burnout Questionnaire; SMBQ*) [14]. В отечественной науке используются адаптированные версии методики «Диагностика эмоционального выгорания личности» В.В. Бойко [1].

В то же время мы нашли две работы, посвященные разработке специализированных инструментов для оценки выгорания у родителей, а именно: опросник «Диагностика родительского выгорания» (*Parental Burnout Assessment*) [16] и опросник диагностики выгорания у матерей детей больных шизофренией [5].

В области исследования выгорания у лиц, опекающих взрослых хронически больных родственников, в качестве альтернативы МВИ исследователи используют «Опросник выгорания» (*Burnout Measure; BM*) [19]. BM был сконструирован для широкого применения, поскольку, исходя из теоретических представлений авторов, выгорание может не только формироваться в различных сферах профессиональной деятельности, но и развиваться у людей вне трудового контекста [10]. Однако такой недифференцированный подход привел к возникновению специфических проблем, связанных с формулировкой вопросов методики и ее дискриминантной валидностью, а именно, схожестью измеряемых проявлений с проявлениями усталости и депрессии [10].

Анализ измерительных инструментов, используемых в настоящее время для диагностики выгорания в сфере родственных отношений, выявил ряд существенных недостатков. Во-первых, как уже говорилось, это прямой перенос инструментария оценки выгорания из сферы трудовых отношений в сферу семейного взаимодействия. Во-вторых, — сугубо симптомоцентрический подход, в рамках которого отображается лишь совокупность деструктивных процессов и проявлений, вне соотнесения с ресурсными возможностями личности опекающего родственника.

Методологическая неразработанность и дефицит инструментария для оценки эмоционального выгорания у родственников, опекающих хронически больных, побудил нас к созданию специализированной методики, направленной на оценку феноменов эмоционального выгорания и их соотношения с ресурсной составляющей личностной активности, препятствующей выгоранию родственника в процессе опеки

больного. Разработанная методика получила название «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР).

**Целью** настоящего исследования явилась оценка основных психометрических показателей методики УЭВР.

## Метод

**Выборка.** Валидизация осуществлялась на выборке из 297 близких родственников пациентов с химической аддикцией (145 родственников пациентов с опиоидной зависимостью и 152 родственника пациентов с алкогольной зависимостью). Среди обследованных были родители и супруги пациентов, находившихся на этапе реабилитации в СПбГБУЗ «ГНБ», клинике лечения больных алкоголизмом и отделении терапии больных с аддиктивной патологией ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» в период с 2017 по 2019 г. Постановка диагноза (F10.2; F11) больным осуществлялась экспертами — врачами психиатрами-наркологами (по МКБ-10).

В группу родственников пациентов с опиоидной зависимостью вошли 17 отцов ( $M_{\text{возр.}}=55$ ;  $SD=10,5$ ), 72 матери ( $M_{\text{возр.}}=58,31$ ;  $SD=7,78$ ), 46 женщин ( $M_{\text{возр.}}=35,49$ ;  $SD=6,15$ ), состоящих в браке с мужчинами, страдающими опиоидной зависимостью, а также 10 мужчин, состоящих в браке с женщинами, страдающими опиоидной зависимостью ( $M_{\text{возр.}}=38,80$ ;  $SD=2,76$ ). Средний возраст больных в данной группе составил 34,06 года ( $SD=6,14$ ), средняя длительность систематического употребления — 12,17 года ( $SD=6,67$ ).

Группу родственников пациентов с алкогольной зависимостью составили 15 отцов ( $M_{\text{возр.}}=57,58$ ;  $SD=9,9$ ), 60 матерей ( $M_{\text{возр.}}=60,88$ ;  $SD=7,58$ ), 68 женщин, состоящих в браке с больными, страдающими алкогольной зависимостью ( $M_{\text{возр.}}=42,22$ ;  $SD=10,91$ ), и 9 мужей пациенток с алкогольной зависимостью ( $M_{\text{возр.}}=48,80$ ;  $SD=13,16$ ). Средний возраст больных в данной группе составил 38,52 года ( $SD=9,43$ ), средняя длительность систематического употребления — 13,76 года ( $SD=8,16$ ).

**Процедура разработки методики.** Методологические основания конструкта «вовлеченность—выгорание» родственников в процессе опеки хронически больного и основные принципы формирования психодиагностического инструментария уже представлялись нами ранее [2; 3]. Здесь хотелось бы подчеркнуть, что при формулировании вопросов методики УЭВР мы использовали банк ситуаций, в которых проявляются феномены «вовлеченности» и «выгорания». Вопросы включались в перечень, исходя из нашего клинико-психологического опыта и анализа утверждений методик «Опросник выгорания Маслач» (*Maslach Burnout*

*Inventory; MBI*) [15], «Утрехтская шкала вовлеченности в работу» (*Utrecht Work Engagement Scale; UWES*) [18] и «Вандербильтский опросник самооффективности в области психического здоровья» (*Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire*) [12].

При разработке УЭВР нами была введена дополнительная шкала — «Деструктивная разрядка напряжения», оценивающая тенденции, блокирующие возможность использования личностных ресурсов, препятствующих выгоранию. Кроме того, в блок «Вовлеченность» нами также была добавлена шкала «Самооффективность в лечении родственника».

В результате разработанный теоретический конструкт и созданная на его основе методика УЭВР состоят из 2-х блоков: «Вовлеченность» и «Выгорание». УЭВР направлена на оценку выраженности и соотношения проявлений «Вовлеченности—Выгорания» родственника в процессе опеки хронически больного. Феномены эмоционального выгорания представлены шкалами: «Истощение» (*Exhaustion — Exh*), «Деперсонализация» (*Depersonalization — Dep*), «Редукция личных достижений» (*Inefficacy — Ineff*) и «Деструктивная разрядка напряжения» (*Destruction — Des*). Феномены, противоположные «выгоранию», представляют собой самовосполняемый (при условии позитивной оценки своей деятельности) ресурс личностной активности опекающего родственника и объективируются шкалами: «Энергия» (*Vigor — Vig*), «Наполненность смыслом» (*Dedication — Ded*), «Самооффективность в лечении родственника» (*Self-efficacy — Selfeff*).

Методика УЭВР включает 55 утверждений. Отвечая на пункты опросника, обследуемые используют дихотомичную систему ответов (да/нет).

Ниже приведена краткая интерпретация шкал УЭВР и примеры утверждений, вошедших в шкалы методики (представлен вариант методики для матери, опекающей болеющего сына).

1. Шкала «Энергия» (*Vigor*) оценивает наличие у опекающего родственника жизненных сил для осуществления ухода за больным, уровень готовности осуществлять опеку. «Я могу длительное время заниматься делами, связанными с заботой о моем сыне, не испытывая усталости».

2. Шкала «Наполненность смыслом» (*Dedication*) показывает, насколько опека больного представляется лично значимой для родственника, насколько для него высока осмысленность собственных действий по уходу за больным. «Забота о сыне способствует развитию моей личности».

3. Шкала «Самооффективность в лечении родственника» (*Self-efficacy*) показывает, насколько активную позицию в лечении больного занимает родственник, насколько он уверен в правильности своих действий. «Я занимаю активную позицию в планировании лечебных мероприятий для моего сына».

4. Шкала «Редукция личных достижений» (*Inefficacy*) диагностирует выраженность переживаний родственника, связанных с ощущением

собственной неэффективности, неспособности предпринять адекватные действия (в частности, во взаимодействии со специалистами) в процессе лечения больного, степень обесценивания собственных усилий, направленных на борьбу с болезнью близкого. «Я часто ощущаю чувство безнадежности, когда пытаюсь взаимодействовать с социальными службами, от которых зависит лечение моего сына».

5. Шкала «Истощение» (*Exhaustion*) оценивает выраженность ощущения отсутствия жизненных сил для продолжения борьбы с болезнью близкого, чувства усталости, невозможности далее продолжать выполнение обязанностей по уходу за больным «С тех пор как заболел мой сын, я чувствую себя эмоционально истощенной».

6. Шкала «Деперсонализация» (*Depersonalization*) выявляет уровень переживаний родственника, связанных с разочарованием в больном и методах лечения, обесцениванием его личностных качеств, стремлением избегать межличностного взаимодействия с ним. «Иногда, занимаясь лечением сына, я ловлю себя на мысли, что действую почти механически (как робот)».

7. Шкала «Деструктивная разрядка напряжения» (*Destruction*) показывает выраженность тенденций к соматизации психоэмоционального напряжения, а также его деструктивной разрядке в форме аддиктивного поведения у опекающего родственника в процессе взаимодействия с больным. «Меня стали беспокоить такие нарушения здоровья, как: головные боли, невралгия, боль в спине, “боли”, гипертония, астма, потеря волос и т. п.».

При проведении процедуры стандартизации возникла необходимость введения дополнительной шкалы «Ресурс» (*Res*), которая была получена путем объединения шкал «Энергия» и «Наполненность смыслом». Эта необходимость определялась малым количеством вопросов в шкалах «Энергия» и «Наполненность смыслом», что не позволяло осуществить перевод оценок по данным шкалам в станайны. Наличие дополнительной шкалы «Ресурс» (*Res*) не только позволяет осуществить перевод в станайны, но и получить интегративный показатель, отражающий общую выраженность ресурсной составляющей функционирования родственников, опекающих хронически больных.

**Методики.** При выборе методов для изучения эмпирической (конвергентной и дивергентной) валидности мы опирались на данные, полученные при исследовании феноменов «вовлеченности—выгорания» в области профессиональных и родительско-детских отношений. Различные исследователи показали связи выгорания с тревогой и депрессией, а также другими психопатологическими симптомами и их психосоматическими коррелятами [5; 14; 17]. В свете специфики применения УЭВР

в контексте семейного взаимодействия при валидации методики значимым является изучение семейных отношений.

Для оценки интенсивности состояния дистресса, диапазона и выраженности жалоб родственников на невротические и психосоматические проявления, а также выраженности тревожных и депрессивных переживаний использовался «Симптоматический опросник» (*Symptom Check List-90-Revised*; SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной [7]. Шкала семейного окружения — ШСО (*Family Environmental Scale*), адаптированная С.Ю. Куприяновым [8], применялась для исследования восприятия внутрисемейной ситуации у обследуемых родственников больных.

**Статистическая обработка.** Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS v. 23 и AMOS v. 20.

## Результаты

**Общая конструктная валидность.** На основе разработанного двух-полюсного конструкта нами был сформирован набор шкал, вопросы каждой из которых подбирались таким образом, чтобы в своей совокупности они позволяли диагностировать определенные факторы. Посредством конфирматорного факторного анализа нами была проведена проверка обоснованности созданных вышеописанным образом шкал. Осуществлялись последовательная проверка каждой из шкал, оценка согласия полученных моделей с данными. В табл. 1 представлены показатели пригодности полученных моделей.

Таблица 1  
Показатели пригодности моделей шкал методики УЭВР

Шкалы УЭВР	$\chi^2$	df	p	CFI	GFI	RMSEA	Pclose
«Ресурс»	26,513	22	0,23	0,989	1	0,027	0,872
«Самоэффективность в лечении родственника»	26,936	23	0,259	0,976	0,999	0,024	0,896
«Истощение»	22,058	18	0,229	0,989	1,000	0,028	0,832
«Деперсонализация»	43,673	32	0,082	0,979	1,000	0,035	0,820
«Деструктивная разрядка»	11,758	8	0,162	0,986	1,000	0,040	0,579
«Редукция достижений»	64,767	50	0,078	0,966	0,999	0,032	0,925

*Примечание:*  $\chi^2$  — критерий хи-квадрат; df — количество степеней свободы; p — уровень значимости; CFI — сравнительный индекс согласия; GFI — индекс качества соответствия модели; RMSEA — среднеквадратичная ошибка приближения; PCLOSE — индекс близости модели к исходным данным.

Результаты, представленные в табл. 1, показали, что построенные модели соответствуют эмпирическим данным.

**Согласованность и устойчивость шкал опросника.** Для проверки степени надежности шкал опросника был использован коэффициент пригодности  $\alpha$ -Кронбаха (табл. 2).

Таблица 2  
**Согласованность шкал в общей выборке и группах родственников, опекающих больных с различными видами химической аддикции**

Шкалы УЭВР	$\alpha$ -Кронбаха		
	общая выборка	группа 1	группа 2
Энергия (Vig)	0,7	0,66	0,71
Наполненность смыслом (Ded)	0,7	0,65	0,79
Ресурс (Res)	0,81	0,78	0,81
Самоэффективность в лечении родственника (Selfeff)	0,71	0,72	0,71
Истощение (Exh)	0,83	0,83	0,82
Деперсонализация (Dep)	0,84	0,85	0,82
Редукция достижений (Ineff)	0,74	0,68	0,79
Деструктивная разрядка напряжения (Des)	0,72	0,77	0,64

*Примечание:* группа 1 — родственники пациентов с опиоидной зависимостью; группа 2 — родственники пациентов с алкогольной зависимостью.

Как видно из табл. 2, показатели  $\alpha$ -Кронбаха по шкалам в общей выборке варьируют от 0,7 до 0,84, что свидетельствует о достаточной согласованности содержания представляемой методики УЭВР. Сниженные значения были получены в группе родственников пациентов с опиоидной зависимостью по шкалам «Энергия», «Наполненность смыслом» и «Редукция личностных достижений», а также шкале «Деструктивная разрядка напряжения» в группе родственников пациентов с алкогольной зависимостью. Это отражает значимость фактора нозологической формы заболевания при оценке согласованности шкал опросника.

**Внутренняя конструктивная валидность.** При оценке внутренней конструктивной валидности анализировались соотношения показателей шкал между собой и соответствие этих соотношений заданному теоретическому конструкту. Внутренняя согласованность опросника подтверждается результатами корреляционного анализа (табл. 3).

Выявленные корреляции отражают связанность феноменов выгорания (взаимосвязи показателей шкал блока «Выгорание») и говорят о возможности противопоставления этих феноменов явлениям,

Таблица 3

**Корреляционные связи показателей шкал методики УЭВР**

Шкалы УЭВР	Vig	Dedic	Res	Selfeff	Ineff	Des	Dep	Exh
Энергия (Vig)		0,51**	0,83**	0,44**	-0,32**	-0,17**	-0,41**	-0,32**
Наполненность смыслом (Dedic)	0,51**		0,9**	0,51**	-0,24**		-0,3**	-0,15**
Ресурс (Res)	0,83**	0,9**		0,55**	-0,32**	-0,13*	-0,4**	-0,26**
Самоэффективность в лечении родственника (Selfeff)	0,44**	0,51**	0,55**		-0,46**	-0,13*	-0,35**	-0,2**
Редукция достижений (Ineff)	-0,32**	-0,24**	-0,32**	-0,46**		0,46**	0,67**	0,6**
Деструктивная разрядка напряжения (Des)	-0,17**		-0,13*	-0,13*	0,46**		0,51**	0,7**
Деперсонализация (Dep)	-0,41**	-0,3**	-0,4**	-0,35**	0,67**	0,51**		0,73**
Истощение (Exh)	-0,32**	-0,15**	-0,26**	-0,2**	0,6**	0,7**	0,73**	

Примечание: «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

диагностируемым шкалами блока «Вовлеченность», которые также тесно взаимосвязаны между собой. Таким образом, взаимосвязи показателей «Выгорание—Вовлеченность» демонстрируют согласованную картину и подтверждают разработанный теоретический конструкт.

**Эмпирическая валидность.** Исследование эмпирической валидности проводилось при помощи изучения конвергентной и дивергентной валидности.

В табл. 4 представлены корреляционные взаимосвязи показателей шкал методики УЭВР и методики SCL-90-R.

Данные, представленные в табл. 4, отражают значительное количество положительных корреляций субъективно отмечаемых симптомов психического неблагополучия со всеми проявлениями выгорания, вошедшими в разработанный конструкт. Полученные результаты являются ожидаемыми и объективируют деструктивные тенденции, сопутствующие процессу эмоционального выгорания родственников. При

Таблица 4

**Корреляционные связи УЭВР и SCL-90-R**

Показатели SCL-90-R	Показатели УЭВР						
	Vig	Res	Self	Ineff	Exh	Dep	Des
SOM	-0,17**		-0,12*	0,34**	0,36**	0,27**	0,49**
O-C	-0,19**		-0,15*	0,4**	0,46**	0,44**	0,46**
INT	-0,15*			0,32**	0,41**	0,38**	0,38**
DEP	-0,19**	-0,14*	-0,14*	0,4**	0,53**	0,47**	0,54**
ANX	-0,13*			0,33**	0,42**	0,4**	0,47**
HOS	-0,15*		-0,15*	0,28**	0,34**	0,37**	0,28**
PHOB				0,29**	0,33**	0,35**	0,31**
PAR				0,27**	0,35**	0,34**	0,29**
PSY	-0,18**		-0,14*	0,35**	0,42**	0,41**	0,44**
GSI				0,3**	0,35**	0,3**	0,39**
PST	-0,15*			0,37**	0,44**	0,39**	0,48**
PDSI				0,14*	0,23**	0,19**	0,2**

*Примечание:* «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ . Показатели УЭВР: Vig — Энергия; Res — Ресурс; Selfeff — Самоэффективность в лечении родственника; Exh — Истощение; Dep — Деперсонализация; Red — Редукция достижений; Des — Де-структивная разрядка напряжения. Показатели SCL-90-R: SOM — соматизация; O-C — обсессивность-компульсивность; INT — межличностная сензитивность; DEP — депрессия; ANX — тревожность; HOS — враждебность; PHOB — фобическая тревожность; PAR — паранойяльные тенденции; PSY — психотизм; GSI — общий индекс тяжести симптомов; PST — общее число утвердительных ответов; PDSI — индекс наличного симптоматического дистресса. Шкала «Наполненность смыслом» (Ded) не дала значимых связей с показателями дистресса.

этом шкалы «Энергия» (Vig), «Ресурс» (Res) и «Самоэффективность в лечении родственника» (Self) предсказуемо имеют отрицательные взаимосвязи с симптоматикой, что подтверждает двухполюсность разработанного конструкта.

Взаимосвязи показателей шкал методик УЭВР и ШСО представлены в табл. 5.

Выявленные в ходе проведенного анализа взаимосвязи были ожидаемыми и подтверждающими конвергентную валидность УЭВР. Так, показатели симптоматического полюса (блок «Выгорание») имеют отрицательные связи с адаптивными аспектами семейного функционирования, в то время как ресурсные шкалы (блок «Вовлеченность») имеет положительные связи со шкалами ШСО.

Таблица 5

**Корреляционные связи УЭВР и ШСО**

Шкалы ШСО	Показатели УЭВР							
	Vig	Ded	Res	Self	Ineff	Exh	Dep	Des
Сплоченность	0,2**	0,23**	0,24**	0,19**	-0,26**	-0,21**	-0,32**	-0,17**
Экспрессивность	0,18**	0,2**	0,22**	0,19**	-0,19**	-0,24**	-0,27**	-0,17**
Конфликт							-0,19**	-0,17**
Независимость	0,23**	0,24**	0,27**			-0,13*	-0,21**	
Ориентация на достижения	0,27**	0,26**	0,3**	0,22**	-0,16**	-0,13*	-0,23**	
Интеллектуально-культурная ориентация	0,13*			0,18**	-0,24**	-0,26**	-0,26**	-0,21**
Ориентация на активный отдых					-0,19**	-0,24**	-0,23**	-0,22**
Морально-нравственные аспекты	0,24**	0,3**	0,31**	0,34**	-0,14*	-0,09	-0,21**	
Организация	0,23**	0,15*	0,21**	0,22**	-0,19**	-0,14*	-0,22**	-0,12*

*Примечание:* «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ . Показатели УЭВР: Vig — Энергия; Ded — Наполненность смыслом; Res — Ресурс; Selfeff — Самоэффективность в лечении родственника; Exh — Истощение; Dep — Делерсонализация; Red — Редукция достижений; Des — Деструктивная разрядка напряжения. Шкала контроля из ШСО не дала значимых связей с показателями УЭВР.

Интересно отметить, что даже шкала «Конфликт», отражающая деструктивную семейную динамику, является индикатором смыслообразующей деятельности родственников — борьбы за больного (в том числе, и с ним самим), попыток изменить ситуацию, складывающуюся в семье в связи с химической зависимостью близкого. Развитие дефицитарной динамики сопряжено с нарастающим ощущением бесполезности и циничного характера отношений, что отражается в отсутствии конфликтного взаимодействия как способа самовыражения.

**Обсуждение результатов**

Целью представленного исследования являлось изучение психометрических характеристик методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР). Методика УЭВР отражает принципиально новый подход к исследованию выгорания родственников, опекающих хронически больных. До настоящего времени диагностика выгорания

в контексте отношений «опекающий—опекаемый» родственник, как правило, осуществлялась при помощи инструментов, лишь формально адаптированных для изучения выгорания в области родственных отношений [9; 16]. УЭВР является специализированным инструментом, позволяющим оценить не только выраженность симптомов эмоционального выгорания, но и соотношение этих проявлений с уровнем вовлеченности родственника в процесс опеки хронически больного, т. е. соотношение «вовлеченность—выгорание».

В ходе психометрической проверки был выявлен достаточный, а по ряду шкал — и высокий уровень коэффициента пригодности  $\alpha$ -Кронбаха, что свидетельствует о хорошей внутренней согласованности разработанной методики. На устойчивость коэффициента пригодности указывают значения в группах родственников, опекающих больных с различными видами химической аддикции. Высокие коэффициенты, полученные по шкале «Деперсонализация», говорят о принципиальной применимости в сфере внутрисемейного взаимодействия этого компонента, традиционно входящего в конструктор профессионального выгорания. Признавая наличие оснований для дискуссии, мы все же считаем преждевременной замену компонента «Деперсонализация» на компонент «Эмоциональное дистанцирование», предложенную рядом исследователей [17].

Анализ внутрифункциональных связей показал высокую интегрированность шкал методики. Полученные данные отражают целесообразность общей конструкции методики УЭВР, в которой консолидированный полюс шкал, отражающих симптомы выгорания, противопоставляется полюсу шкал, связанных с вовлеченностью в процесс опеки близкого. Таким образом, современная тенденция диагностики профессионального выгорания как нарушения вовлеченности в деятельность [18] оказывается подтвержденной и применимой в сфере диагностики выгорания у родственников, опекающих хронически больного.

Корреляционные связи показателей шкал методики УЭВР и «Симптоматического опросника» (*SCL-90-R*) отражают значительное количество положительных связей между субъективно отмечаемыми симптомами психического неблагополучия и симптомами выгорания. Эти результаты согласуются с литературными данными, свидетельствующими о наличии корреляционных взаимосвязей между выраженностью депрессивных состояний, субъективного бремени и эмоционального выгорания у родственников, опекающих хронически больного [11]. Корреляционные связи показателей шкал методики УЭВР с показателями шкал ШСО являются предсказуемыми, отражающими наличие отрицательных взаимосвязей феноменов выгорания с адаптивными аспектами семейного функционирования. Полученные соотношения говорят о хороших показателях конвергентной и дивергентной валидности методики УЭВР.

В качестве ограничения проведенного исследования следует отметить специфичность выборки, на которой проводилась апробация методики (родственники больных с химической аддикцией). Для подтверждения данных о применимости инструмента на других контингентах необходимо проведение дополнительной апробации в группах родственников, опекающих больных с различной соматической и психической патологией.

## Выводы

Психометрический анализ методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» показал, что тест имеет высокую надежность, как по показателю устойчивости, так по внутренней согласованности. Валидность теста как инструмента для оценки «вовлеченности—выгорания» в сфере взаимодействия «опекающий родственник—хронически больной» подтверждена проведенным исследованием, выявившим достаточность внутренней и внешней конструктивной и эмпирической валидности.

Таким образом, методика УЭВР может применяться для оценки выраженности и соотношения проявлений «вовлеченности—выгорания» родственников в процессе опеки хронически больного.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Базалева Л.А.* Возможности исследования эмоционального «выгорания» у матерей в психологии личности // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2010. Вып. 1. С. 174—182.
2. *Бочаров В.В., Шишкова А.М., Сивак А.А., и др.* Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 6. URL: [http://medpsy.ru/mptj/archiv\\_global/2018\\_6\\_53/nomer08.php](http://medpsy.ru/mptj/archiv_global/2018_6_53/nomer08.php) (дата обращения: 29.10.2020). DOI:10.24411/2219-8245-2018-16040
3. *Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С., и др.* Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью (сообщение 1) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017. № 4. С. 27—34.
4. *Ефимова И.Н.* Личностные характеристики и особенности эмоциональных и поведенческих проявлений родителей в связи со степенью их эмоционального выгорания // Российский научный журнал. 2013. № 4 (35). С. 206—215.
5. *Кмить К.В., Попов Ю.В., Бочаров В.В., и др.* Опросник для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей подростков, больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 4. С. 46—52. DOI:10.31363/2313-7053-2018-4-46-52

6. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 8—26. DOI:10.17759/cpp.2019270202
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. 334 с.
9. Avargues-Navarro M.L., Borda-Mas M., Campos-Puente A.M., et al. Caring for family members with Alzheimer's and burnout syndrome: Impairment of the health of housewives [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00576/full> (дата обращения: 01.11.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2020.00576
10. Enzmann D., Schaufeli W.D. Dimensionality and validity of the Burnout Measure // *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1998. Vol. 71 (4). P. 331—351. DOI:10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x
11. Gérard P., Zech E. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving [Электронный ресурс] // *Frontiers of Psychology*. 2019. Vol. 10. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01748/full> (дата обращения: 20.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2019.01748
12. Godwin J. Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire [Электронный ресурс] // *Fast Track Project Technical Report*. January 29, 2004. URL: <https://fasttrackproject.org/techrept/v/vmh/vmh12tech.pdf> (дата обращения: 21.10.2020)
13. Franza F., Carpentieri G., De Guglielmo S., et al. Burnout in families. The emotional burden of the traumatized families [Электронный ресурс] // *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*. 2016. Vol. 2 (3). URL: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-2-040.php?jid=jfmdp> (дата обращения: 16.10.2020). DOI:10.23937/2469-5793/1510040
14. Lindström C., Aman J., Norberg A.L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children // *Acta Paediatrica*. 2010. Vol. 99 (3). P. 427—432. DOI:10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x
15. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory — Test Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.
16. Roskam I., Brianda M.-E., Mikolajczak M. A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA) [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00758/full> (дата обращения: 18.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2018.00758
17. Roskam I., Raes M.-E., Mikolajczak M. Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00163/full> (дата обращения: 18.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2017.00163
18. Schaufeli W.B., Salanova M., González-Romá V., et al. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach // *Journal of Happiness Studies*. 2002. Vol. 3. P. 71—92.

19. de Souza Alves L.C., Monteiro D.Q., Bento S.R., et al. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia. A systematic review // *Dementia & Neuropsychologia*. 2019. Vol. 13 (4). P. 415–421. DOI:10.1590/1980-57642018dn13-040008

## REFERENCES

1. Bazaleva L.A. Vozmozhnosti issledovaniya emotsional'nogo "vygoraniya" u materei v psikhologii lichnosti [Opportunities of burnout investigation in mothers in the frame of personality psychology]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Pedagogika i psikhologiya = Journal of Adyge State University. Series 3: Pedagogy and Psychology*, 2010, no. 1., pp. 174–182.
2. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Sivak A.A., et al. Metodika "Uroven' emotsional'nogo vygoraniya rodstvennikov", psikhometricheskie kharakteristiki [Assessment measure "Level of relatives' emotional burnout", psychometric features] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2018. Vol. 10 (6). Available at: [http://medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2018\\_6\\_53/nomer08.php](http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2018_6_53/nomer08.php) (Accessed 29.10.2020). DOI:10.24411/2219-8245-2018-16040
3. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Chernaya Yu.S., et al. Perspektivy issledovaniya emotsional'nogo vygoraniya rodstvennikov patsientov, stradayushchikh alkogolizmom ili opioidnoi zavisimost'yu (soobshchenie 1) [Prospects of research of emotional burnout in relatives of patients with alcohol or opioid dependence (part 1)]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2017, no. 4, pp. 27–34.
4. Efimova I.N. Lichnostnye kharakteristiki i osobennosti emotsional'nykh i povedencheskikh proyavlenii roditeli v svyazi so stepen'yu ikh emotsional'nogo vygoraniya [Personal characteristics and characteristics of emotional and behavioral manifestations of parents due to the degree of their emotional burnout]. *Rossiiskii nauchnyi zhurnal = Russian Scientific Journal*, 2013, no. 4 (35), pp. 206–215.
5. Kmit' K.V., Popov Yu.V., Bocharov V.V., et al. Oprosnik dlya otsenki struktury i vyrashchennosti emotsional'nogo vygoraniya u materei podrostkov, bol'nykh shizofreniei [The questionnaire designed to measure structure and severity of emotional burnout among mothers of adolescents with schizophrenia]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2018, no. 4, pp. 46–52. DOI:10.31363/2313-7053-2018-4-46-52
6. Sergienko A.I., Kholmogorova A.B. Post-traumatic growth and coping-strategies of parents of children with disabilities. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019. Vol. 27 (2), pp. 8–26. DOI:10.17759/copp.2019270202. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Handbook of psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
8. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeinyi diagnoz i semeinaya psikhoterapiya [Family diagnosis and family psychotherapy]. Saint Petersburg: Rech', 2003. 334 p.

9. Avargues-Navarro M.L., Borda-Mas M., Campos-Puente A.M., et al. Caring for family members with Alzheimer's and burnout syndrome: Impairment of the health of housewives [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2020. Vol. 11. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00576/full> (Accessed 01.11.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2020.00576
10. Enzmann D., Schaufeli W.D. Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1998. Vol. 71 (4), pp. 331—351. DOI:10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x
11. Gérardin P., Zech E. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving [Elektronnyi resurs]. *Frontiers of Psychology*, 2019. Vol. 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01748/full> (Accessed 20.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2019.01748
12. Godwin J. Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire [Elektronnyi resurs]. *Fast Track Project Technical Report*, January 29, 2004. Available at: <https://fasttrackproject.org/techrept/v/vmh/vmh12tech.pdf> (Accessed 21.10.2020)
13. Franza F., Carpentieri G., De Guglielmo S., et al. Burnout in families. The emotional burden of the traumatized families [Elektronnyi resurs]. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 2016. Vol. 2 (3). Available at: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-2-040.php?jid=jfmdp> (Accessed 16.10.2020). DOI:10.23937/2469-5793/1510040
14. Lindström C., Åman J., Norberg A.L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica*, 2010. Vol. 99 (3), pp. 427—432. DOI:10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x
15. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory — Test Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.
16. Roskam I., Brianda M.-E., Mikolajczak M. A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA) [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00758/full> (Accessed 18.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2018.00758
17. Roskam I., Raes M.-E., Mikolajczak M. Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2017. Vol. 8. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00163/full> (Accessed 18.10.2020). DOI:10.3389/fpsyg.2017.00163
18. Schaufeli W.B., Salanova M., González-Romá V., et al. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 2002. Vol. 3, pp. 71—92.
19. de Souza Alves L.C., Monteiro D.Q., Bento S.R., et al. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia. A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 2019. Vol. 13 (4), pp. 415—421. DOI:10.1590/1980-57642018dn13-040008

### **Информация об авторах**

Шишкова Александра Михайловна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психи-

атрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); доцент кафедры клинической психологии факультета клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

*Бочаров Виктор Викторович*, кандидат психологических наук, руководитель лаборатории клинической диагностики и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>, e-mail: bochvikvik@gmail.com

*Стрижицкая Ольга Юрьевна*, доктор психологических наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>, e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

*Вукс Александр Янович*, главный специалист, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

### **Information about the authors**

*Alexandra M. Shishkova*, PhD in Psychology, Senior Researcher, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Associate Professor, Chair of Clinical Psychology, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

*Victor V. Bocharov*, PhD in Psychology, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Head of the Chair of Clinical Psychology, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>, e-mail: bochvikvik@gmail.com

*Olga Yu. Strizhitskaya*, Doctor of Psychology, Professor, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7141-162X>, e-mail: o.strizhitskaya@spbu.ru

*Alexandr Ja. Vuks*, Head Specialist, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Получена 25.11.2020

Received 25.11.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

# **ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ПЕРИОД РАННЕГО ДЕТСТВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛЕЙ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОТЗЫВЧИВОСТИ В ДИАДАХ С ТИПИЧНО И АТИПИЧНО РАЗВИВАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ**

**И.Н. ГАЛАСЮК**

Московский государственный психолого-педагогический  
университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>,  
e-mail: [igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com)

**О.В. МИТИНА**

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>,  
e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

Представлены результаты эмпирического исследования, цель которого построить усредненный групповой профиль родительской отзывчивости (РО) для родителей с типично развивающимися детьми и для родителей с детьми, имеющими нарушения в развитии в возрасте до 3-х лет; провести сравнительный анализ профилей РО в этих группах. В исследовании приняли участие 70 родителей с типично развивающимися детьми и 32 родителя с детьми, имеющими нарушения в развитии (аутизм, синдром Дауна, умственная отсталость) в возрасте от 10 до 36 месяцев. Первая выборка была разделена на две подгруппы в зависимости от возраста ребенка: родители нормотипичных детей до 12 месяцев и родители детей 12—36 месяцев. Родители детей раннего возраста с нарушениями в развитии были объединены в одну группу.

В исследовании применялась технология PATTERN, предусматривающая видеонаблюдение. Проявления родительской отзывчивости оценивались по 4 шкалам (Доминирование, Апатичность, Чуткость, Поддержка), по которым были построены групповые и индивидуальные профили родительской отзывчивости (РО). Сопоставление выборок проводилось с использованием статистических критериев Стьюдента и Манна—Уитни. Показано, что РО по-разному проявляется по отношению к детям, развивающимся типично и атипично. Родители атипичных детей в большей степени проявляют стремление к доминированию, а также характеризуются большей психологической апатией. Возраст нормотипичных детей оказывает влияние на характер РО.

**Ключевые слова:** родительская отзывчивость, видеонаблюдение, The Observer XT, ребенок раннего возраста, взаимодействие матери с ребенком, диада «мать-ребенок», спонтанная игра, технология PATTERN.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-513-92001 «Кросс-культурные особенности взаимодействия значимого взрослого и ребенка в России и Вьетнаме».

**Благодарности.** Авторы выражают благодарность коллегам за ценный вклад и поддержку этого исследования, родителям, принявшим участие в исследовании. Авторы благодарят за помощь в кодировании кейсов программой The Observer XT молодого ученого, клинического психолога кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ В.В. Пак и Н. Иргашева за разработку компьютерной программы Pattern+.

*Для цитаты:* Галасюк И.Н., Митина О.В. Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 119—144. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290206>

## PARENT-CHILD INTERACTION DURING EARLY CHILDHOOD: COMPARATIVE ANALYSIS OF PARENT RESPONSIVENESS PROFILE AMONG DYADS WITH TYPICALLY AND ATYPICALLY DEVELOPING CHILDREN

IRINA N. GALASYUK

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>,

e-mail: [igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com)

## OLGA V. MITINA

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>,

e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

The paper presents the results of the empirical study that aims to build an average group profile of parent responsiveness (PR) for parents with typically and atypically developing children before 3 years of age and to compare average PR profiles between these groups. Seventy parents with typically developing children and 32 parents with atypically developing children (autism, Down syndrome, intellectual disabilities) between 10 and 36 months of age participated in the present study. The first sample was divided into two sub-groups: parents with typically developing children younger than 12 months of age (infants), and parents with typically developing children between 12 and 36 months of age (toddlers). Parents with atypically developing children were set as one group. The study used the PATTERN technology that employs video observations. Parent responsiveness was assessed on 4 scales (Dominance, Apathy, Sensitivity, and Support); group and individual PR profiles were constructed according to these scales. Sample comparison was conducted using Student's t-test and Mann-Whitney U test. It has been shown that the PR to typically developing children differs compared to atypically developing children. Parents of atypically developing children are more inclined to dominate and are also characterized by greater psychological apathy. The age of typically developing children influences the nature of PR.

**Keywords:** parental responsiveness, video-based observations, The Observer XT, early childhood, mother-child interaction, mother-child dyad, free play, PATTERN technology.

**Funding.** The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project no. 19-513-92001 “Cross-cultural peculiarities of interaction between a significant adult and a child in Russia and Vietnam”.

**Acknowledgements.** The authors would like to thank their colleagues for valuable contribution and support to this research. They are also thankful to all the parents who participated in this research. The authors are grateful to V.V. Park, a young scientist, Clinical Psychologist at the Department of Neuro- and Pathopsychology of Development (Moscow State University of Psychology and Education), for her help in coding cases with the Observer XT program, and to N. Irgashev for developing the Pattern+ software.

**For citation:** Galasyuk I.N., Mitina O.V. Parent-Child Interaction during Early Childhood: Comparative Analysis of Parent Responsiveness Profile among Dyads with Typically and Atypically Developing Children. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 119–144. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290206>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Одним из значимых факторов, влияющих на развитие, как типично развивающихся детей, так и детей с нарушениями в развитии, согласно Л.С. Выготскому и его последователям, является родительская поддержка (*parental scaffolding*), что проявляется в поведении родителя как отзывчивость и стимуляция когнитивной активности ребенка [21]. Результаты крупномасштабных исследований указывают на наличие взаимосвязи между социальным функционированием родителей, родительской отзывчивостью и риском возникновения нарушений аутистического спектра у детей [19]. Показано, что способность родителя проявлять вербальную отзывчивость (*parent verbal responsiveness*) определяет коммуникативные способности детей [12]. Отмечена взаимосвязь между проявлениями вербальной родительской отзывчивости (реагирование на фокус внимания ребенка, отзывчивость на его коммуникативные акты) и развитием речи у детей раннего возраста [11; 18]. Представлены доказательства того, что дети, родители которых проявляют высокую родительскую отзывчивость и реагируют на направленность и концентрацию внимания ребенка на интересующем его предмете, в дальнейшем получают больший прирост языка. Доказано и обратное, когда родители отвлекают внимание своего ребенка от того, что ему интересно, снижается способность ребенка связывать слова родителя с собственной деятельностью [17].

Детско-родительское взаимодействие, как подчеркивают ученые, не является причиной возникновения атипичного развития ребенка, но может выступать фактором риска и утяжеления или, наоборот, фактором защиты и смягчения проявления ряда поведенческих, эмоциональных, когнитивных особенностей у таких детей [8]. Все больший интерес для исследователей и практиков начинает представлять ранний возраст, поскольку этот возрастной период является фундаментом развития ребенка [1], а ранняя диагностика нарушений в развитии позволяет проводить коррекционную работу наиболее эффективно [7; 9]. В этой связи представляют интерес исследования специфических характеристик поведения родителей в отношении детей младенческого и раннего возраста, развивающихся в рамках нормы, и в отношении детей этого возраста с нарушениями в развитии. Так, например, было выявлено, что родители детей раннего возраста из группы риска РАС проявляют большую директивность и меньшую отзывчивость по сравнению с родителями детей с низким уровнем риска РАС [10]. Ряд исследователей обращают внимание на то, что директивность часто наблюдается при взаимодействии родителя и ребенка с низким уровнем когнитивного функционирования [20]. Сделаны попытки провести кросскультурные исследования роди-

тельской отзывчивости членов семьи, включая матерей, отцов и пра-родителей в малоразвитых странах, где отмечено большое количество детей с нарушениями в развитии [16].

Обзоры исследований интервенций, направленных на повышение родительской отзывчивости, свидетельствуют об их чрезвычайной важности и результативности, особенно для детей с нарушениями в развитии. Благодаря изучению результатов коррекционных программ было установлено, что повышение родительской отзывчивости к детям с высоким риском РАС, которые демонстрируют дефицит в эмоциональном обмене и внимании к другим людям, улучшает их траекторию развития [17].

Несмотря на высокую научную и практическую значимость исследований в этой области, остается малоизученной проблема различий родительской отзывчивости (РО) в отношении детей младенческого и раннего возраста, развивающихся в рамках нормы, и детей, у которых предполагаются или констатируются нарушения в развитии. Мы указывали на роль родительской отзывчивости в нейрокогнитивном и социально-эмоциональном развитии ребенка [13]. В предыдущих исследованиях нами была разработана методика оценки РО в зависимости от возраста ребенка [2; 3; 14]. Для детального анализа проявлений РО в поведении были разработаны индикаторы РО, которые сгруппированы в четыре шкалы: Доминирование (*Dominance*), Апатичность (*Apathy*), Чуткость (*Sensitivity*), Поддержка (*Support*) [3].

**Цель** данного исследования — построить усредненный профиль родительской отзывчивости для группы родителей с типично развивающимися детьми, и для группы родителей с детьми, имеющими нарушения в развитии; провести сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в этих группах.

Для анализа качественных характеристик коммуникации родителя с ребенком необходимо было конкретизировать и расширить некоторые индикаторы РО.

**Гипотеза.** Мы предполагаем, что существуют различия в проявлениях родительской отзывчивости в отношении детей, развивающихся в рамках нормы, и в отношении детей с нарушениями в развитии. Данные различия могут быть проанализированы с помощью построения усредненных профилей родительской отзывчивости и выделения в них специфических характеристик для описания поведения родителей при взаимодействии с детьми, развивающимися в рамках нормы, и с детьми, имеющими нарушения в развитии. Также мы предполагаем, что существуют различия в проявлении РО в отношении детей разного возраста. Так как возраст детей с особен-

ностями в развитии, родители которых вошли в третью группу, более одного года (ранний возраст), то родители нормотипичных детей были поделены на тех, чьи дети имеют такой же возраст (ранний), и тех, чьи дети этого возраста не достигли (младенцы). Сопоставление усредненных профилей всех трех групп между собой позволит выделить различия, обусловленные возрастом, с одной стороны, и типом развития — с другой.

## Метод

### *Методики*

*Методика Evaluation of Child-Parent Interaction (ECPI).* В исследовании РО оценивалась с помощью разработанной нами методики проведения видеоисследования «Оценка взаимодействия ребенка и родителя» (*Evaluation of Child-Parent Interaction; ECPI*) [2; 4]. Данная методика прошла профессиональную экспертизу [5] на согласованность оценки поведения родителя профессионалами, проводившими кодировку. ECPI включает теоретическое обоснование индикаторов РО, инструкции по проведению видеосъемки для специалистов, инструкции, которые исследователи дают родителям.

*Компьютерная программа The Observer XT-15.* Анализ результатов видеонаблюдения осуществлялся с помощью компьютерной программы *The Observer XT-15 software*, позволяющей визуализировать динамику поведенческих характеристик респондентов. Для кодирования видеоклипов использовались парные индикаторы поведения родителя, разработанные нами на основе предыдущих исследований [2—4]. Каждый из индикаторов пары РО может проявляться в поведении, как с положительным значением (положительный индикатор), так и с отрицательным (отрицательный индикатор). Подвергаются анализу также промежутки времени, когда индикаторы родительской отзывчивости отсутствуют, как в отрицательном, так и в положительном значении. В этом случае индикатор условно назван «нейтральным».

*Технология диагностики и коррекции детско-родительского взаимодействия с применением видео наблюдения PATTERN.* Для комплексного решения в направлении диагностики и коррекции детско-родительского взаимодействия с помощью видеонаблюдения за взаимодействием диады «родитель—ребенок» нами была разработана технология PATTERN. В аббревиатуре названия технологии PATTERN каждая буква имеет свое значение и раскрывает последовательность этапов работы с видео-контентом.

1. *Profiling* — сбор данных, подготовка видео-контента для создания профиля РО.

2. *Adjusting* — настройка, выбор параметров анализа индикаторов РО (методика ЕСРPI), в зависимости от целей исследования.

3. *Translating* — проведение кодировки данных с помощью компьютерной программы The Observer XT-15.

4. *Tracking* — построение графического изображения динамики индикаторов РО, проведение статистического анализа количественных характеристик РО с помощью компьютерной программы The Observer XT-15.

5. *Evaluating* — преобразование стандартной кодировки видео контента в двоичную последовательность из нулей и единиц с помощью процедуры дихотомизации (компьютерная программа *Pattern+*), построение профиля РО; оценка содержательных характеристик профиля РО.

6. *Recommending* — разработка рекомендаций, что может проходить совместно с родителем в формате родительского консилиума или при отсутствии такой возможности, родитель получает интерпретацию результатов с рекомендациями исследователя в письменном виде.

7. *Navigating* — организация дальнейшего сопровождения родителя с возможностью повторения предыдущих шагов (осуществляется по запросу родителей или при условии лонгитюдного исследования).

Уникальность данной технологии заключается в том, что с ее помощью анализ общения как деятельности не сводится к оценке формально-количественных характеристик поведения, а рассматривает содержательную сторону общения и ставит в центр внимания анализ его потребностно-мотивационных аспектов [6]. Для этого в предыдущих исследованиях нами разработаны индикаторы РО, с помощью которых специалист может кодировать поведение родителя [2–4], используя компьютерную программу The Observer XT-15. Однако результаты обработки видеоконтента с помощью The Observer XT позволяют применять в дальнейшем лишь ограниченный круг статистических методов. Поэтому мы применяем процедуру дихотомизации: перевода отметок о начале и продолжительности того или иного поведения, отмечаемого по анализируемым индикаторам РО, в последовательность из нулей и единиц.

Для дихотомизации результатов была разработана специальная компьютерная программа *Pattern+*. Алгоритм преобразования первичной, стандартной кодировки видео в программе The Observer XT заключается в следующем: вся видео сессия делится на 1000 временных точек, где по каждому из индикаторов точка характеризуется еди-

ницей (1) в случае, если в этот момент времени данный индикатор, по мнению экспертов, присутствует в поведении родителя, и ноль (0), если верно обратное. Таким образом, для каждого индикатора мы получаем последовательность из нулей и единиц (временной ряд — *time series*). Далее этот временной ряд может обрабатываться различными способами, в том числе и традиционными методами анализа временных рядов.

Результаты обработки видеоконтента могут быть представлены несколькими вариантами рисунка:

1) графическое изображение динамики индикаторов РО на протяжении сессии, полученное с помощью компьютерной программы The Observer XT;

2) рисунок, в котором для всех индикаторов числовые двоичные последовательности, полученные с помощью компьютерной программы Pattern+, выполняющей процедуру дихотомизации, располагаются один под другим.

Представив полученные двоичные последовательности один под другим, мы получаем своеобразный «рисунок» (узор, *pattern*), отражающий проявления РО при взаимодействии с ребенком в течение 15-минутной сессии. Мы можем утверждать уникальность этого рисунка для каждого родителя. На основании методов многомерной статистики индикаторы обобщаются в более емкие классы — шкалы. Профиль РО конкретного респондента — набор его показателей по этим шкалам. Для наглядности этот профиль представлен в виде квартогона. Чем выше показатель шкалы, тем дальше от центра отстоит вершина профиля по соответствующей шкале, и наоборот, если соответствующий этой шкале вид родительского поведения у данного родителя не проявлялся, то эта точка близка к центру.

Полученный профиль РО, а также графическое изображение динамики индикаторов РО на протяжении сессии обсуждаются с родителями в формате родительского консилиума, где родитель занимает равную позицию с психологом и совместно с ним разрабатывает рекомендации по улучшению своего взаимодействия с ребенком [2; 4].

**Выборка.** В исследовании приняли участие 70 родителей с детьми, развивающимися в рамках нормы и 32 родителя — с детьми, имеющими нарушения в развитии (аутизм, синдром Дауна, умственная отсталость) в возрасте от 10 месяцев до 36 месяцев. Уровень жизни семей определялся участниками как соответствующий прожиточному минимуму в России и выше среднего. Все участники проживают в крупных городах России (Москва, Екатеринбург, Салихард, Красноярск). Демографические данные отражены в табл. 1.

Таблица 1

**Демографические данные участников исследования**

Описательные статистики, частоты	Норма до 1 года (n=46)	Норма от 1 до 3 лет (n=24)	Особенности развития до 3 лет (n=32)
<b>Возраст ребенка (месяцы)</b>			
Среднее значение, M	10,04	23,25	29,97
Стандартное отклонение, SD	0,92	10,38	11,45
<b>Пол ребенка</b>			
Мужской, n	18	11	20
Женский, n	28	13	12
<b>Возраст родителей (годы)</b>			
Среднее значение, M	31,17	29,42	35,56
Стандартное отклонение, SD	6,11	5,18	7,87
<b>Пол родителей</b>			
Мужской, n	9	3	7
Женский, n	37	21	25
<b>Уровень образования родителей</b>			
Высшее, n	43	20	28
Среднее, n	3	4	4
<b>Семейное положение</b>			
Замужем, n	45	22	31
Не замужем, n	1	1	1
В разводе, n	0	1	0

**Процедура исследования.** Респонденты получили приглашение принять участие в исследовании с помощью объявлений, сделанных на сайте Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ) и других интернет-ресурсах, объявлений в перинатальных центрах и центрах развития детей раннего возраста, центрах содействия семейному воспитанию в г. Москва, Екатеринбург, Салихард, Красноярск. Те, кто проявили интерес к исследованию и предоставили свои координаты, получили разъяснение о ходе исследования. С каждым родителем было подписано информированное согласие, включающее этическое соглашение, что позволяет предоставлять результаты исследования профессиональному сообществу.

В соответствии с технологией PATTERN исследование осуществлялось поэтапно.

На первом этапе проводилась беседа с родителями и видеосъемка взаимодействия родителя с ребенком (сбор данных). В соответствии с желанием и возможностями родителей этот этап мог проходить в специально оборудованной лаборатории или в специализированных центрах для развития детей, которые родители посещают с ребенком. Также, по желанию родителей встреча могла быть организована у них дома. Далее полученный видеоконтент был загружен в программу The Observer XT.

Второй этап заключается в выборе параметров анализа индикаторов РО в соответствии с методикой ЕСРІ. В данном исследовании в соответствии с его целью были конкретизированы индикаторы РО.

На третьем этапе проведена кодировка данных с помощью компьютерной программы The Observer XT-15.

На четвертом этапе были построены графики динамики индикаторов РО, которые были использованы для обратной связи респондентам.

На пятом этапе полученные данные для всех индикаторов были преобразованы в двоичные последовательности из нулей и единиц длины 1000, на основании чего были составлены усредненные профили РО для каждой группы респондентов исследования.

В данном исследовании мы не останавливаемся подробно на шестом и седьмом этапах исследования, которые соответствуют технологии PATTERN, однако следует сказать, что каждый из участников исследования получил консультацию специалиста с возможностью обсудить результаты исследования. В отдельных случаях были проведены родительские консилиумы.

## Результаты

### *Выделение шкал РО и описание их содержательных характеристик.*

В данном исследовании в результате анализа видеоконтента мы пришли к выводу о необходимости конкретизировать и расширить некоторые индикаторы РО, выделенные нами в предыдущем исследовании [3]. В настоящем исследовании мы применили систему кодировки с 13 парами (26 индикаторов) (Приложение). В частности, были преобразованы следующие индикаторы:

— индикатор «Вербальные эмоциональные реакции» был разделен на два индикатора: «Эмоциональные возгласы» и «Вербальные комментарии эмоциональных реакций ребенка», что позволило более детально проанализировать вербальную составляющую коммуникации родителя с ребенком, соотношение количества слов и возгласов в данном индикаторе, качественные характеристики вербальной составляющей общения;

— индикатор «Синхронность, дистанция» был разделен на два индикатора: «Дистанция» и «Согласованность движений», что позволило более точно провести анализ согласованности движений родителя с движениями ребенка и дистанции, которая приносит удовольствие или является дискомфортной для обоих участников взаимодействия;

— индикатор «Поддержка исследовательской активности» был конкретизирован и преобразован в два индикатора: «Темп» и «Информация», что позволило проанализировать соответствие темпа активности родителя темпу активности ребенка и оправданности информации об угрозе, если таковая наблюдается при исследовательской деятельности ребенка;

— индикатор «Коммуникативная деятельность» был разделен на два индикатора: «Недирективность/директивность» и «Комментарии действий ребенка, искренность похвалы».

В нашем предыдущем исследовании все 1000 измерений были разбиты на 4 периода по 250 измерений, и для каждого была вычислена доля единиц (присутствия, соответствующего индикатору поведения родителя). Сопоставительный анализ этих 4-х периодов показал значимую устойчивость каждого индикатора и образуемых этими индикаторами общих шкал, характеризующих родительскую активность. Кроме того, были выявлены определенные теоретически обоснованные взаимосвязи между шкалами [3], а также было показано, что к концу видеосессии по всем шкалам происходит значимое снижение активности. Именно поэтому усредненный показатель проявления РО, соответствующий индикатору, считался по первым 750 точкам (доля единиц в этом сегменте последовательности). В связи с увеличением выборки и конкретизацией индикаторов РО в данном исследовании был заново проведен факторный анализ и уточнено содержание показателей каждой шкалы РО.

Для факторизации обобщающих категорий (факторов), характеризующих РО, был использован метод главных компонент с ортогональным вращением Varimax (поскольку выделенные на предварительном этапе с помощью косоугольного вращения компоненты практически не коррелировали между собой), благодаря чему были выделены 4 фактора (*principal components*), определяющие проявление РО и совместно объясняющие 41,4% общей дисперсии. В табл. 2 содержится матрица факторных нагрузок, позволяющая определить состав каждого фактора — шкалы РО.

Показатель по каждой шкале вычисляется на основании получаемых по факторам факторных баллов (*factor scores*). Поскольку факторные баллы имеют стандартное нормальное распределение (среднее равно 1, стандартное отклонение равно 0), то для удобства интерпретации ре-

Таблица 2

**Матрица факторных нагрузок по факторам (шкалам)  
 родительской отзывчивости**

Индикаторы родительской отзывчивости	Доминиро- вание	Апатич- ность	Чуткость	Поддержка
Вклад фактора в общую дисперсию	15,3%	9,1%	8,8%	8,3%
14. Разделенное внимание -	<b>0,941</b>	0,013	-0,003	-0,029
26. Игра -	<b>0,907</b>	-0,074	0,010	0,038
24. Коммуникативная деятельность / Дирек- тивность -	<b>0,822</b>	0,107	0,005	-0,103
16. Поддержка активности / Темп -	<b>0,774</b>	-0,038	0,000	-0,121
12. Синхронность / Согласованность движений -	<b>0,653</b>	0,204	-0,058	0,106
06. Вербальный / Возгласы -	0,072	<b>0,773</b>	-0,015	-0,032
18. Поддержка активности / Информация -	-0,054	<b>0,725</b>	-0,051	0,041
20. Реакция на потребности -	0,261	<b>0,593</b>	-0,247	0,179
10. Синхронность Дистанцирование -	0,086	<b>0,552</b>	-0,140	-0,183
05. Вербальный / Возгласы +	-0,064	<b>0,469</b>	0,368	0,257
09. Синхронность / Дистанцирование +	-0,180	-0,060	<b>0,677</b>	0,091
13. Разделенное внимание +	-0,214	-0,022	<b>0,608</b>	-0,049
01. Невербальный +	-0,057	0,067	<b>0,605</b>	0,371
15. Поддержка активности / Темп +	0,104	-0,032	<b>0,597</b>	0,185
03. Вербальный / Комментирование эмоций +	0,067	-0,141	<b>0,322</b>	0,025
17. Поддержка активности / Информация +	0,119	-0,021	<b>0,244</b>	-0,062
21. Коммуникативная деятельность / Коммен- тарии +	-0,001	0,009	<b>0,194</b>	0,167
11. Синхронность / Согласованность движений +	-0,016	-0,138	-0,094	<b>0,765</b>
19. Реакция на потребности +	-0,284	0,166	-0,172	<b>0,695</b>
23. Коммуникативная деятельность / Недирек- тивность +	0,280	-0,324	-0,175	<b>0,390</b>
25. Игра +	-0,094	0,090	0,181	<b>0,352</b>
02. Невербальный -	0,158	0,069	-0,259	<b>-0,345</b>
22. Коммуникативная деятельность / Коммен- тарии -	-0,034	-0,016	-0,097	<b>-0,284</b>
07. Отзеркаливание +	0,174	0,139	0,176	<b>0,277</b>
08. Отзеркаливание -	-0,074	0,090	-0,090	<b>-0,159</b>

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые факторные нагрузки.

зультаты были переведены в стены (нормальное распределение с показателями, лежащими в диапазоне от 1 до 10, имеющими среднее 5,5 и стандартное отклонение 2).

**Интерпретация стилей родительской отзывчивости.** Кратко опишем стили РО по выделенным шкалам, каждая из которых содержит определенный набор индикаторов поведения, психологическое содержание которых представлено в Приложении.

**Доминирование.** При средних показателях по данной шкале стиль РО — *доминирующий*: «Родитель знает, как надо играть с пользой». В основе взаимодействия родителя с ребенком лежит дидактическая игра, что влечет за собой использование родителем инструкций, указаний. Родитель директивен, не следует за вниманием ребенка, а старается переключить его внимание на предметы, которые с точки зрения родителя более полезны и интересны для обучения чему-то новому. Темп активности родителя не соответствует темпу активности ребенка.

При высоких показателях по шкале стиль РО — *властный*, отражающий стремление родителя «Обучить любой ценой». Родитель часто критикует действия ребенка, а похвала в адрес ребенка носит скорее формальный характер без эмоциональной окраски со стороны родителя. Наблюдается отсутствие комплиментарности движений в диаде. Поведение родителя, демонстрирующего высокие показатели по данной шкале, можно определить как властное, не терпящее возражений. Ребенок должен подчиняться инструкциям. Задавая вопросы или давая инструкции ребенку, родитель не предоставляет ребенку времени для ответной реакции. Родитель пытается дать как можно больше информации ребенку и делает это слишком быстро.

**Апатичность.** Средние показатели по шкале соответствуют *апатичному* стилю РО, который мы интерпретируем следующими характеристиками поведения: «Скучает... Отбывает срок, находясь с ребенком. Исполняет обязанность быть с ребенком». Эмоциональный фон общения при таком стиле в целом отрицательный. Родитель демонстрирует противоположные по знаку эмоции в ответ на эмоциональную реакцию ребенка, игнорирует его чувства и потребности. Временами может «включаться», демонстрируя «присутствие с ребенком», чем мы объясняем появление в поведении индикатора «Эмоциональные Возгласы +».

Высокие показатели по шкале характеризуют *подавляющий* стиль РО, при котором, образно говоря, родитель «Держит ребенка на поводке. Запрещает, пугает, заставляет». Родитель не чувствителен к потребностям ребенка (базовые потребности, потребность в ласке, активности и др.). Препятствуя исследовательской активности ребенка, он сдерживает его движения, пугает, говорит об опасности, угрозе, что не соответствует действительности.

**Чуткость.** При средних показателях по шкале наблюдается *чуткий* стиль РО, при котором родитель «Следует за интенциями, эмоциями и состоянием ребенка». Данный стиль имеет следующие характерные особенности: родитель поддерживает позитивный фон общения, демонстрирует невербальные положительные реакции; позитивно комментирует эмоции и действия ребенка, не критикуя их, часто хвалит ребенка, обращается к нему по имени; следует за его вниманием, поощряет и поддерживает исследовательскую активность ребенка. В диаде наблюдается синхронность движений и комфортная дистанция для обоих участников взаимодействия. Темп активности родителя соответствует темпу активности ребенка. Родитель, задавая вопросы ребенку, предоставляет ему время для ответной реакции.

При высоких показателях по данной шкале наблюдается *симбиотический* стиль РО. Родитель «Видит мир глазами ребенка», что является нормальным для взаимодействия с ребенком младенческого возраста и должно настораживать при выявлении высокого показателя по данной шкале при взаимодействии с детьми раннего возраста и старше, поскольку можно предположить появление в диаде взаимозависимости (вплоть до полного слияния), в которой теряется индивидуальность обоих участников взаимодействия.

**Поддержка.** Основной особенностью этого стиля является следование за деятельностью ребенка в противоположность предыдущему стилю, при котором родитель следует за его состоянием. Средние показатели по шкале соответствуют *поддерживающему* стилю РО, который мы интерпретируем следующими характеристиками поведения: «Оказывает поддержку ребенку в игре, получает удовольствие от игры». В основе взаимодействия лежит спонтанная игра. Родитель чутко реагирует на сигналы ребенка: отзеркаливает его эмоции и движения, озвучивает свои эмоции и эмоции ребенка. Родитель отвечает на потребности ребенка своевременно и адекватно. В диаде наблюдается согласованность движений.

Высокие показатели по шкале характеризуют *партнерский* стиль РО, при котором родитель «Играет всерьез, не понарошку!», демонстрирует вовлеченность в игру. Противоположный полюс шкалы («Неподдерживающий стиль») образован индикаторами «Невербальный-» и «Комментарий-».

**Построение профиля родительской отзывчивости.** В результате стандартизации шкальных показателей и перевода их в табличные стены каждый респондент характеризуется четырьмя показателями в стенах по шкалам. Эти показатели можно сравнивать между собой и говорить о преобладающем для того или иного родителя-респондента стиле РО, определяемого совокупностью шкал. Для всех трех групп родителей были построены усредненные профили РО, которые представлены на рисунке.

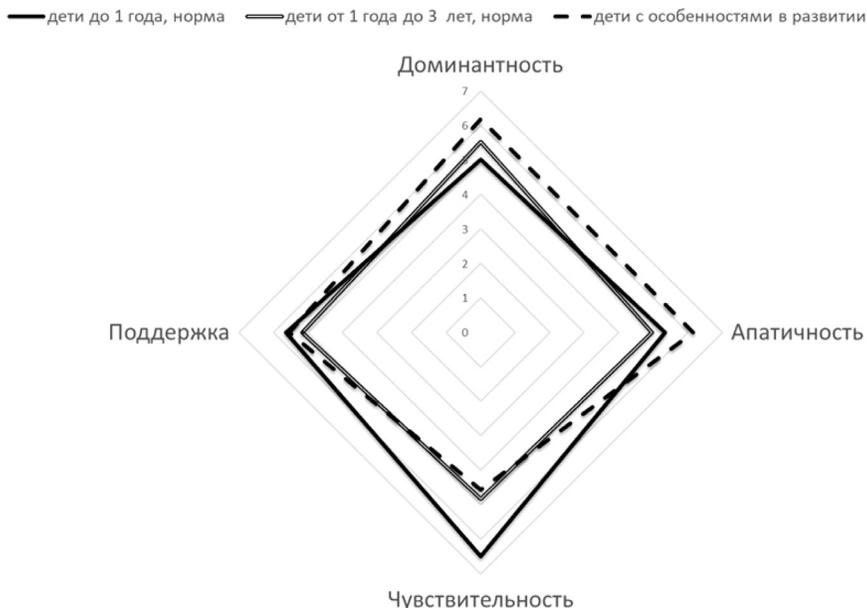


Рис. Усредненные профили родительской отзывчивости в трех группах

Полученные профили отражают тенденции проявления тех или иных стилей РО при взаимодействии с ребенком в разных группах. Статистическая значимость различий проверялась с помощью однофакторного дисперсионного анализа. Она установлена по шкалам «Доминирование», «Чуткость» и «Апатичность». Наибольший разброс зафиксирован по доминантности для группы детей с особенностями. Наибольшая однородность поведения (наименьшая дисперсия) проявляется в группе родителей 1—3 года по шкале «Апатичность». Хотя там тоже встречаются респонденты, демонстрирующие как апатичный стиль РО, так и отсутствие такового. В табл. 3 приведены описательные статистики по выраженности шкальных показателей в трех группах родителей.

## Обсуждение

В данном исследовании принимали участие родители с детьми младенческого и раннего возраста, развивающимися в рамках

Таблица 3

**Описательная статистика показателей шкал РО,  
 выраженной в стенах в трех группах**

Шкала	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. откл.	Асимметрия	Экссес
<b>Группа № 1 — родители с детьми до 12 месяцев, норма</b>						
1 Доминантность	3,33	9,60	5,01	1,20	1,57	3,45
2 Апатичность	3,38	9,52	5,33	0,95	1,72	7,40
3 Чувствительность	3,35	10,00	6,49	1,62	0,10	-0,54
4 Поддержка	2,14	10,00	5,58	1,58	0,58	0,83
Стандартная ошибка					0,35	0,69
<b>Группа № 2 — родители с детьми от 12 до 36 месяцев, норма</b>						
1 Доминантность	3,38	10,00	5,43	1,80	1,19	0,81
2 Апатичность	2,54	7,13	4,96	0,90	0,05	2,57
3 Чувствительность	1,42	8,47	4,83	2,04	0,10	-0,82
4 Поддержка	2,33	10,00	5,05	1,89	0,74	0,41
Стандартная ошибка					0,47	0,92
<b>Группа № 3 — родители с детьми с особенностями в развитии</b>						
1 Доминантность	3,54	10,00	5,96	2,15	0,92	-0,42
2 Апатичность	3,58	10,00	5,77	1,66	1,28	1,03
3 Чувствительность	1,09	8,55	4,56	1,81	0,27	0,19
4 Поддержка	1,25	10,00	5,49	1,92	0,19	0,05
Стандартная ошибка					0,41	0,81

нормы, и с детьми, имеющими нарушения в развитии. Характеризуя выборку респондентов в целом, мы можем предположить, что участники нашего исследования — родители, которые проявляют по отношению к своим детям неподдельный интерес и участие в их развитии. Это имеет отношение как к родителям, воспитывающим детей, развивающихся в рамках нормы, так и к родителям детей с нарушениями в развитии. Мы считаем, что родители, которые откликнулись на приглашение принять участие в исследовании с применением видеонаблюдения обладают определенной смелостью, предоставляя для анализа видеоконтент взаимодействия со своим ребенком. Очевидным является желание родителей сделать все возможное для развития ребенка. Немаловажным доказательством такого стремления родителей, на наш взгляд, являются временные и

физические затраты, требуемые от респондентов, как в случае проведения исследования в лаборатории или в специализированном центре для развития детей, куда необходимо было добраться с маленьким ребенком, так и в случае, если съемка осуществлялась по желанию родителей у них дома, где требовалось время на установочные мероприятия и др. Помимо этого, наше исследование предполагает общение родителя с исследователями не менее 1,5 часа, включая время на адаптацию родителя и ребенка к условиям видеосъемки, непосредственно видеосъемку, которая длится 15 минут, и индивидуальную консультацию, которую родители получают в соответствии с технологией PATTERN. Таким образом, мы можем говорить о том, что наша выборка достаточно однородна в плане мотивированности респондентов на проведение исследования независимо от статуса здоровья детей.

Сравнивая профили РО группы с младенцами и с детьми раннего возраста, развивающимися в рамках нормы, можно наблюдать, что в них не выявлено значимых различий по показателям шкал «Доминирование», «Апатичность» и «Поддержка». Показатели по данным шкалам имеют средние значения в обеих группах. Можно сказать, что РО в отношении младенцев и детей раннего возраста, развивающихся в рамках нормы, характеризуется наличием умеренной доминантности, когда родитель обучает ребенка, инструктирует, направляет его деятельность, и поддержки, когда родитель следует за вниманием ребенка, за его деятельностью, поддерживая спонтанную игру. У респондентов этих двух групп выявлены средние значения по шкале «Апатичность», что вполне объяснимо и интерпретируется нами как психологическая усталость родителя, которая вполне нормальна для родителя маленького ребенка. Данный феномен описан нами в предыдущем исследовании при построении динамической модели РО [3]. Мы можем предположить, что в другой выборке (более стандартной) этот показатель может быть выше. Значимые различия получены по шкале «Чуткость». У родителей младенцев эта шкала имеет высокие значения, что мы рассматриваем как норму при взаимодействии родителя с ребенком младенческого возраста.

Сопоставление между собой групповых профилей РО родителей детей раннего возраста, развивающихся нормально и имеющих нарушения в развитии, показало, что по шкалам «Поддержка» и «Чуткость» нет значимых различий. Мы можем предположить, что это обусловлено характеристикой выборки, о чем мы писали выше. Все респонденты, принявшие участие в нашем исследовании, независимо от статуса здоровья их детей, проявляют чуткий и поддерживающий стиль РО. Значимые различия были выявлены по шкалам «Апатичность» и «Доминирова-

ние». Родители детей с атипичным развитием имеют более высокие показатели по этим шкалам.

В соответствии с интерпретацией шкал РО, мы можем говорить о том, что в усредненном профиле РО родителей атипичных детей наблюдаются тенденции, характеризующие властный и подавляющий стиль РО. Следует учитывать, что родители таких детей, как указывают многочисленные исследования, пытаются компенсировать нарушения в развитии ребенка за счет усиленного обучения, что, как известно, особенно актуально в раннем возрасте [7; 8; 17]. Отсюда могут проистекать акцентуации стилей РО, и несмотря на то, что обучение ребенка играет центральную роль в его развитии, содержательные характеристики властного стиля РО с большой вероятностью значительно снижают эффект такого обучения [8; 10; 11]. Различия профилей РО в группах с нормотипичными детьми и профили РО в группе с атипичными детьми по шкале «Апатичность» вполне предсказуема, поскольку родители детей с нарушениями в развитии в большей степени испытывают усталость при взаимодействии с ребенком, что может рассматриваться как аккумулятивный эффект в результате физической и психологической нагрузки, которая у таких родителей значительно выше, чем у родителей детей, развивающихся в рамках нормы [2; 3; 15].

**Ограничения исследования.** Поскольку наша выборка весьма специфична, то при обобщениях мы должны понимать, что родители, которые приняли участие в нашем исследовании, характеризуются большей поддержкой. Именно по этой шкале не было получено значимых различий в трех группах.

## Заключение

Родительская отзывчивость при взаимодействии с детьми определяется набором показателей выделенных нами шкал. Можно говорить о том, что при изменении каждого показателя от умеренного до высокого меняется психологический стиль РО. Так, при средних показателях по шкале «Доминирование» РО характеризуется направленностью на обучение ребенка, руководство его деятельностью, при высоких показателях РО приобретает характер властности. Средние показатели по шкале «Апатичность» интерпретируются как вялость, эмоциональная сдержанность, тогда как при высоких показателях поведение родителя приобретает характер подавления ребенка. По шкале «Чуткость» средние показатели характеризуют сензитивность родителя к коммуникативным сигналам ребенка, однако при высоких показателях есть опасность

развития симбиоза, психологического слияния родителя и ребенка. По шкале «Поддержка» средние показатели получают родители, проявляющие эмоциональную поддержку, которая при высоких показателях преобразуется в вовлеченность родителя в деятельность ребенка, партнерский стиль РО. В случае низких показателей по шкалам РО можно констатировать слабую выраженность тенденции, соответствующей конкретной шкале.

В результате стандартизации шкальных показателей и перевода их в табличные стены нами были построены усредненные профили РО для трех групп респондентов. Каждая группа респондентов в этом случае характеризуется четырьмя показателями в стенах по шкалам РО (доминирование, апатичность, чуткость и поддержка). Сравнивая эти показатели между собой в профиле группы, мы можем говорить о типичном для этой группы респондентов стиле РО, определяемом набором показателей по совокупности шкал РО. Однако следует отметить, что в каждой из групп мы можем наблюдать респондентов со значимо более высокими или более низкими показателями по шкалам в сравнении с соответствующим этой группе усредненным профилем. Таким образом, можно говорить об индивидуальных стилях РО и соответствующих им профилях.

РО по-разному проявляется по отношению к детям, развивающимся типично и атипично. Родители атипичных детей в большей степени проявляют стремление к доминированию и возможно больше устают при взаимодействии со своими детьми, отсюда вытекает большая психологическая апатия.

Возраст детей также оказывает влияние на характер РО. Родители детей младенческого возраста проявляют значимо более высокую Чуткость.

**Перспективы исследования.** В дальнейших исследованиях планируются обоснование устойчивости измерений, проводимых по технологии PATTERN (ретестовой надежности), изучение проявлений РО в зависимости от гендерной принадлежности ребенка; сравнение профилей РО матерей и отцов; анализ отдельных кейсов из представленной в данной статье выборки с применением всех этапов технологии PATTERN; исследование кросскультурных особенностей РО при взаимодействии с детьми раннего возраста, предполагающее лонгитюдный формат.

**Индикаторы родительской отзывчивости  
 (система кодировки видеоконтента)**

№	Положительные индикаторы РО	Характеристика	№	Отрицательные индикаторы РО	Характеристика
1	<b>Невербальные реакции +</b>	Положительные эмоциональные проявления в лицевой экспрессии, взгляде, тоне и модуляциях голоса, в жестах	14	<b>Невербальные реакции -</b>	Отрицательные эмоциональные проявления в лицевой экспрессии, взгляде, тоне и модуляциях голоса, в жестах
2	<b>Вербальные реакции (комментарии эмоций) +</b>	Комментирование собственного эмоционального состояния / комментарии эмоционального состояния ребенка	15	<b>Вербальные реакции (комментарии эмоций) -</b>	Критика эмоционального состояния ребенка
3	<b>Вербальные реакции (возгласы) +</b>	Эмоциональные возгласы, междометия, высказывания родителя, конгруэнтные его чувствам; звуковое сопровождение действий	16	<b>Вербальные реакции (возгласы) -</b>	Неконгруэнтность возгласов, высказываний ситуации, эмоциональному состоянию ребенка или самого родителя
4	<b>Отзеркаливание +</b>	Моментальное повторение за ребенком его реакций: мимических движений; вокализаций, слов ребенка; движений крупной и мелкой моторики	17	<b>Отзеркаливание -</b>	Противоположные по знаку эмоциональные реакции (ребенок плачет — родитель смеется); передразнивание родителем ребенка
5	<b>Дистанция +</b>	Дистанция приносит удовольствие обоим	18	<b>Дистанция -</b>	Чрезмерно близкая дистанция; манипуляция с целью сократить дистанцию

№	Положительные индикаторы РО	Характеристика	№	Отрицательные индикаторы РО	Характеристика
6	Согласованность движений +	Движения ребенка и родителя гармоничны, синхронны, комплементарны	19	Согласованность движений -	Рассогласованность движений в диаде; родитель насильно осуществляет движения руками ребенка, пытается научить играть с предметом; движения родителя скованы
7	Разделенное внимание +	Родитель следует за фокусом внимания ребенка	20	Разделенное внимание -	Родитель формально фиксирует внимание на предмете, интересном для ребенка; настаивает на фиксации внимания ребенка на предмете, который считает более полезным для игры
8	Темп +	Предоставляет ребенку возможность исследовать предметы. Задавая вопросы или давая инструкции ребенку, выдерживает паузу для ответной реакции ребенка	21	Темп -	Сдерживает исследовательскую активность ребенка; темп активности родителя не соответствует темпу активности ребенка
9	Информация об угрозе +	Сообщение информации об угрозе, опасности, которая соответствует действительности	22	Информация об угрозе -	Сообщение информации об угрозе, которая не соответствует действительности
10	Реакция на потребности +	Проявляет чувствительность к физическим потребностям, потребности в любви, в активности и др.	23	Реакция на потребности -	Игнорирует физические потребности, потребности в любви, в активности и др.

№	Положительные индикаторы РО	Характеристика	№	Отрицательные индикаторы РО	Характеристика
11	Комментарии действий, похвала +	Доброжелательное внимание, вербальное проявление родителем интереса к деятельности ребенка (комментарии действий), демонстрация уверенности в его способностях (искренняя похвала)	24	Комментарии -	Критика действий ребенка; формальная похвала
12	Недирективность +	Проявление уважения к ребенку (недирективная позиция), предоставление ребенку выбора вида деятельности	25	Директивность -	Директивная позиция: инструкции, указания, приказы
<b>Условие оценки взаимодействия — игра</b>					
13	Игра +	Удовольствие от процесса игры, позитивный сценарий игры	26	Игра -	Подмена спонтанной игры игровым занятием; негативный сценарий игры

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. СПб.: Перспектива, 2018. 224 с.
2. *Галасюк И.Н., Шинина Т.В.* Семейная психология: методика «Оценка детско-родительского взаимодействия». Evaluation of Child-parent Interaction (ЕСPI-2.0): практическое пособие. М.: Юрайт, 2019. 223 с.
3. *Галасюк И.Н., Митина О.В.* Взаимодействие родителя с ребенком раннего возраста: структура и динамика родительской отзывчивости // Культурно-историческая психология. 2020. Т. 16. № 4. С. 72—86. DOI:10.17759/chr.2020160408
4. *Галасюк И.Н., Шинина Т.В.* Методика «Оценка детско-родительского взаимодействия» Evaluation of child-parent interaction (ЕСPI). М.: ИТД Перспектива, 2017. 304 с.
5. *Галасюк И.Н., Шинина Т.В., Иргашев Н.Р., и др.* Открытая профессиональная экспертиза методики детско-родительского взаимодействия: векторы

- развития психологического инструментария // Актуальные проблемы психологического знания. 2018. № 3 (48). С. 5—24.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. 144 с.
  7. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учебное пособие для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2019. 318 с.
  8. Токарская Л.В., Лаврова М.А., Бакушкина Н.И., и др. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребенка раннего возраста. Екатеринбург: Издательство УМЦ УПИ, 2019. 206 с.
  9. Bejarano-Martín A., Canal-Bedia R., Magán-Maganto M., et al. Early detection, diagnosis and intervention services for young children with autism spectrum disorder in the European Union (ASDEU): Family and professional perspectives // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2019. Vol. 50 (9). P. 3380—3394. DOI:10.1007/s10803-019-04253-0
  10. Caplan B., Blacher J., Eisenhower A. Responsive parenting and prospective social skills development in early school-aged children with autism spectrum disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2019. Vol. 49 (8). P. 3203—3217. DOI:10.1007/s10803-019-04039-4
  11. Edmunds S.R., Kover S.T., Stone W.L. The relation between parent verbal responsiveness and child communication in young children with or at risk for autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // Autism Research. 2019. Vol. 12 (5). P. 715—731. DOI:10.1002/aur.2100
  12. Flippin M., Watson L.R. Fathers' and mothers' verbal responsiveness and the language skills of young children with autism spectrum disorder // American Journal of Speech-Language Pathology. 2015. Vol. 24 (3). P. 400—410. DOI:10.1044/2015\_AJSLP-13-0138
  13. Galasyuk I.N., Lavrova M.A. Suleymanova E.V., et al. Parent responsiveness and its role in neurocognitive and socioemotional development of one-year-old preterm infants // Psychology in Russia: State of the Art. 2019. Vol. 12 (3). P. 86—104. DOI:10.11621/pir.2019.0307
  14. Galasyuk I.N., Mitina O.V. Developing and approbation system of indicators for evaluation the significant adults' responsiveness to toddler's communication signals // Book of Abstracts: XVI European Congress of Psychology (ECP 2019) (2—5 July, 2019, Moscow). Moscow: Moscow University Press, 2019. P. 393.
  15. Gengoux G.W., Schapp S., Burton S., et al. Effects of a parent-implemented Developmental Reciprocity Treatment Program for children with autism spectrum disorder // Autism. 2019. Vol. 23 (3). P. 713—725. DOI:10.1177/1362361318775538
  16. Hollowell J., Dumbaugh M., Belem M., et al. “Grandmother, aren't you going to sing for us?” Current childcare practices and caregivers' perceptions of and receptivity to early childhood development activities in rural Burkina Faso [Электронный ресурс] // BMJ Global Health. 2019. Vol. 4 (2). URL: <https://gh.bmj.com/content/4/2/e001233> (дата обращения: 10.09.2020). DOI:10.1136/bmjgh-2018-001233
  17. Kasari C., Siller M., Huynh L.N., et al. Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism // Infant Behavior and Development. 2014. Vol. 37 (4). P. 711—721. DOI:10.1016/j.infbeh.2014.08.007

18. Leezenbaum N.B., Campbell S.B., Butler D., et al. Maternal verbal responses to communication of infants at low and heightened risk of autism // *Autism*. 2014. Vol. 18 (6). P. 694—703. DOI:10.1177/1362361313491327
19. Lyall K., Constantino J.N., Weisskopf M.G., et al. Parental social responsiveness and risk of autism spectrum disorder in offspring // *JAMA Psychiatry*. 2014. Vol. 71 (8). P. 936—942. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.476
20. Van Keer I., Colla S., Van Leeuwen K., et al. Exploring parental behavior and child interactive engagement: A study on children with a significant cognitive and motor developmental delay // *Research in Developmental Disabilities*. 2017. Vol. 64. P. 131—142. DOI:10.1016/j.ridd.2017.04.002
21. Wade M., Jenkins J.M., Venkadasalam V.P., et al. The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways // *Cognitive Development*. 2018. Vol. 45. P. 125—140. DOI:10.1016/j.cogdev.2018.01.005

## REFERENCES

1. Vygotskii L.S. *Voprosy detskoi psikhologii* [Issues of child psychology]. Saint Petersburg: Perspektiva, 2018. 224 p.
2. Galasyuk I.N., Shinina T.V. *Semeinaya psikhologiya: metodika "Otsenka detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya"*. Evaluation of Child-parent Interaction (ECPI-2.0): prakticheskoe posobie [Family psychology: Evaluation of child-parent interaction (ECPI-2.0). Manual]. Moscow: Yurait, 2019. 223 p.
3. Galasyuk I.N., Mitina O.V. *Vzaimodeistvie roditelya s rebenkom rannego vozrasta: struktura i dinamika roditel'skoi otzyvchivosti* [The interaction of the parent with the young child: Structure and dynamics of parental responsiveness]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2020. Vol. 16 (4), pp. 72—86. DOI:10.17759/chp.2020160408. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Galasyuk I.N., Shinina T.V. *Metodika "Otsenka detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya"* Evaluation of child-parent interaction (ECPI) [Evaluation of child-parent interaction (ECPI)]. Moscow: Perspektiva Publ., 2017. 304 p.
5. Galasyuk I.N., Shinina T.V., Irgashev N.R., et al. *Otkrytaya professional'naya ekspertiza metodiki detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya: vektory razvitiya psikhologicheskogo instrumentariya* [Open professional examination of the methodology of parent-child interaction: Development vectors of psychological tools]. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya = Actual Problems Of Psychological Knowledge*, 2018, no. 3 (48), pp. 5—24.
6. Lisina M.I. *Problemy ontogeneza obshcheniya* [The issues of communication in ontogenesis]. Moscow: Pedagogika, 1986. 144 p.
7. Mamaichuk I.I. *Psikhokorreksionnye tekhnologii dlya detei s problemami v razviti: uchebnoe posobie dlya vuzov. 2-e izd., ispr. i dop.* [Psychocorrection technologies for children with disabilities. Handbook for universities. 2<sup>nd</sup> ed., revised and expanded]. Moscow: Yurait, 2019. 318 p.
8. Tokarskaya L.V., Lavrova M.A., Bakushkina N.I., et al. *Detsko-roditel'skoe vzaimodeistvie i razvitie rebenka rannego vozrasta* [Parent-child interaction and early childhood development]. Ekaterinburg: UMTs UPI Publ., 2019. 206 p.

9. Bejarano-Martín Á., Canal-Bedia R., Magán-Maganto M., et al. Early detection, diagnosis and intervention services for young children with autism spectrum disorder in the European Union (ASDEU): Family and professional perspectives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2019. Vol. 50 (9), pp. 3380—3394. DOI:10.1007/s10803-019-04253-0
10. Caplan B., Blacher J., Eisenhower A. Responsive parenting and prospective social skills development in early school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2019. Vol. 49 (8), pp. 3203—3217. DOI:10.1007/s10803-019-04039-4
11. Edmunds S.R., Kover S.T., Stone W.L. The relation between parent verbal responsiveness and child communication in young children with or at risk for autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 2019. Vol. 12 (5), pp. 715—731. DOI:10.1002/aur.2100
12. Flippin M., Watson L.R. Fathers' and mothers' verbal responsiveness and the language skills of young children with autism spectrum disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2015. Vol. 24 (3), pp. 400—410. DOI:10.1044/2015\_AJSLP-13-0138
13. Galasyuk I.N., Lavrova M.A. Suleymanova E.V., et al. Parent responsiveness and its role in neurocognitive and socioemotional development of one-year-old preterm infants. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2019. Vol. 12 (3), pp. 86—104. DOI:10.11621/pir.2019.0307
14. Galasyuk I.N., Mitina O.V. Developing and approbation system of indicators for evaluation the significant adults' responsiveness to toddler's communication signals. Book of Abstracts: *XVI European Congress of Psychology* (2—5 July, 2019, Moscow). Moscow: Moscow University Press, 2019, p. 393.
15. Gengoux G.W., Schapp S., Burton S., et al. Effects of a parent-implemented Developmental Reciprocity Treatment Program for children with autism spectrum disorder. *Autism*, 2019. Vol. 23 (3), pp. 713—725. DOI:10.1177/1362361318775538
16. Hollowell J., Dumbaugh M., Belem M., et al. “Grandmother, aren't you going to sing for us?” Current childcare practices and caregivers' perceptions of and receptivity to early childhood development activities in rural Burkina Faso [Elektronnyi resurs]. *BMJ Global Health*, 2019. Vol. 4 (2). Available at: <https://gh.bmj.com/content/4/2/e001233> (Accessed 10.09.2020). DOI:10.1136/bmjgh-2018-001233
17. Kasari C., Siller M., Huynh L.N., et al. Randomized controlled trial of parental responsiveness intervention for toddlers at high risk for autism. *Infant Behavior and Development*, 2014. Vol. 37 (4), pp. 711—721. DOI:10.1016/j.infbeh.2014.08.007
18. Leezenbaum N.B., Campbell S.B., Butler D., et al. Maternal verbal responses to communication of infants at low and heightened risk of autism. *Autism*, 2014. Vol. 18 (6), pp. 694—703. DOI:10.1177/1362361313491327
19. Lyall K., Constantino J.N., Weisskopf M.G., et al. Parental social responsiveness and risk of autism spectrum disorder in offspring. *JAMA Psychiatry*, 2014. Vol. 71 (8), pp. 936—942. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.476
20. Van Keer I., Colla S., Van Leeuwen K., et al. Exploring parental behavior and child interactive engagement: A study on children with a significant cognitive and motor developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 2017. Vol. 64, pp. 131—142. DOI:10.1016/j.ridd.2017.04.002

21. Wade M., Jenkins J.M., Venkadasalam V.P., et al. The role of maternal responsiveness and linguistic input in pre-academic skill development: A longitudinal analysis of pathways. *Cognitive Development*, 2018. Vol. 45, pp. 125—140. DOI:10.1016/j.cogdev.2018.01.005

**Информация об авторах**

*Галасюк Ирина Николаевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: [igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com)

*Митина Ольга Валентиновна*, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

**Information about the authors**

*Irina N. Galasyuk*, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Neuro-and Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: [igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com)

*Olga V. Mitina*, PhD in Psychology, Leading Researcher, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: [omitina@inbox.ru](mailto:omitina@inbox.ru)

Получена 18.11.2020

Received 18.11.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ КОМОРБИДНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

**А.В. ВАСИЛЬЕВА**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,  
e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

**Т.А. КАРАБАЕВА**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова (ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,  
e-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru)

**Е.Б. МИЗИНОВА**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН

имени В.М. Бехтерева»), Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>,  
e-mail: [elenamizinova@yandex.ru](mailto:elenamizinova@yandex.ru)

## Е.П. ЛУКОШКИНА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>,  
e-mail: [lukoshkina.ekaterina@gmail.com](mailto:lukoshkina.ekaterina@gmail.com)

Представлены результаты клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования 91 женщины с раком молочной железы (в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст —  $55,8 \pm 11,08$  лет). Сформированы две исследовательские группы — 51 женщина с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), развившимся в связи с основным заболеванием, и 40 женщин, характеризующихся устойчивостью к стрессогенному воздействию. Для исследования клинических и социально-психологических характеристик больных использовалось авторское полуструктурированное анамнестическое интервью. Методики: опросник на скрининг ПТСР — Trauma Screening Questionnaire (Brewin et al., 2002); «Шкала оценки влияния травматического события» (Тарабрина, 2001); «Тип отношения к болезни» (Вассерман и др., 2014); «Я-структурный тест» (Тупицын и др., 1998); «Методика оценки психического здоровья» (Бочаров, Тупицын, 1999); «Тест жизнестойкости» (Леонтьев, Рассказова, 2006); «Опыт близких отношений» (Т.В. Казанцева, 2008). Результаты: у пациенток с ПТСР выявлены низкие параметры жизнестойкости, доминирование дезадаптивных типов отношения к заболеванию, дефицитные и деструктивные личностные структуры (агрессия, тревога, дефицитарные внешние и внутренние границы «Я», деструктивный нарциссизм, деструктивная сексуальность).

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, рак молочной железы, психотерапия, мишени психотерапии, стрессоустойчивость.

**Для цитаты:** Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П. Психологические особенности у больных раком молочной железы в зависимости от наличия коморбидного посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 145—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>

# **PSYCHOLOGICAL FEATURES IN BREAST CANCER PATIENTS, DEPENDING ON THE PRESENCE OF COMORBID POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER**

**ANNA V. VASILEVA**

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,

e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

**TATIANA A. KARAVAEVA**

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg State University, N.N. Petrov

National Medicine Research Center of Oncology,

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,

e-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru)

**ELENA B. MIZINOVA**

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry

and Neurology, Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>,

e-mail: [elenamizinova@yandex.ru](mailto:elenamizinova@yandex.ru)

**EKATERINA P. LUKOSKINA**

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>,

e-mail: [lukoshkina.ekaterina@gmail.com](mailto:lukoshkina.ekaterina@gmail.com)

The paper presents the results of a clinical-psychopathological and experimental psychological study carried out on 91 women with breast cancer (aged 35—65, mean age  $55.8 \pm 11.08$  years). The sample was divided into two groups, 51 women with a diagnosed posttraumatic stress disorder (PTSD) developed as a result of their illness and 40 stress-resistant women. The author's semi-structured anamnestic interview was used to study the clinical and socio-psychological characteristics of patients. Methods: Trauma Screening Questionnaire (Brewin et al., 2002), Impact of Event Scale (Tarabrina, 2001), Type of Attitude to the Disease measure (Vasserman et al., 2014), G. Ammon's Ego Structure Test (Tupitsyn et al., 1998), Mental Health Assessment measure (Bocharov, Tupitsyn, 1999), The Personal Views Survey III-

R (Leontiev, Rasskazova, 2006), Experiences in Close Relationships (Kazantseva, 2008). Results: In patients with PTSD, low parameters of resilience, the dominance of maladaptive types of attitude to the disease, and deficient and destructive personality structures (aggression, anxiety, deficient external and internal boundaries of the self, and destructive narcissism and sexuality) were revealed.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder (PTSD), breast cancer, psychotherapy, psychotherapy targets, stress resistance.

**For citation:** Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Mizinova E.B., Lukoskina E.P. Psychological Features in Breast Cancer Patients, Depending on the Presence of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 145—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290207>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Во многих отечественных и зарубежных исследованиях рассматривается проблема психической адаптации человека к стрессу, связанному с угрожающим жизни — онкологическим — заболеванием и его лечением [1; 7; 10; 14; 15; 17; 20; 21]. Онкологический диагноз, учитывая его тяжесть, неопределенность прогноза в отношении дальнейшего течения болезни и последствия для жизни, является мощным стрессогенным фактором, приводящим к срыву адаптационных механизмов, истощению психологических ресурсов психического и физического здоровья и развитию сопутствующих адаптационных расстройств различного уровня, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [2; 3; 8—11; 16].

Высокая распространенность, успехи в эффективности лечения последних десятилетий и широко варьирующий уровень тяжести и летальности онкологических заболеваний определяет стремительное развитие такой междисциплинарной области, как онкопсихология с экстенсивным ростом исследований, посвященных разработке психотерапевтических, психосоциальных и реабилитационных программ для онкологических больных. Международные онкологические и онкопсихологические организации также подчеркивают необходимость разработки основанных на результатах исследований стандартов оказания психологической помощи в данной области [14; 23].

Настоящее исследование посвящено изучению психологических различий у больных раком молочной железы с наличием и отсутствием коморбидного посттравматического стрессового расстройства. Данная форма онкопатологии, учитывая калечащий характер оперативного вмешательства (мастэктомия), имеет особую значимость для самоотно-

шения и самооценки женщины, а также качества жизни в целом [10; 22], поэтому риск самостигматизации и развития коморбидного ПТСР признан здесь одним из самых высоких [2; 3; 7; 10; 19].

**Цель исследования:** изучение психологических различий между группами больных раком молочной железы (РМЖ): с верифицированным посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и демонстрирующих хорошую стрессоустойчивость после мастэктомии.

У пациенток с раком молочной железы была проведена оценка параметров жизнестойкости, тревожности и избегания в близких отношениях, типов отношения к болезни; изучены индивидуально-психологические характеристики и личностный профиль при адаптивном и нозогенном типах реагирования на онкозаболевание, связь между отдельными индивидуально- и социально-психологическими характеристиками и уровнем выраженности симптомов ПТСР.

**Гипотеза:** имеются психологические различия между группами больных раком молочной железы с верифицированным ПТСР и демонстрирующими устойчивость к мощному стрессовому воздействию, которые должны учитываться при выборе и определении содержания психотерапевтических интервенций.

## Метод

**Выборка и процедура исследования.** В исследование были включены 91 пациентка с верифицированным злокачественным онкологическим заболеванием молочной железы, после мастэктомии, находящаяся в ремиссии (в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст —  $55,8 \pm 11,08$  лет). Большинство пациенток имели высшее образование (70% в экспериментальной группе и 64,7% в контрольной группе исследования), были удовлетворены материальными и бытовыми условиями жизни (67% и 71% соответственно), проживали в браке (62,5% и 52,9%), при этом наличие частых конфликтов в семье чаще отмечали больные с ПТСР (37,5%), чем пациентки контрольной группы, устойчивые к стрессу (11,8%). Большое количество респондентов обеих групп пережили утрату родителей (42,9%), а из тех, у кого родители были живы, чаще отмечали неудовлетворенность этими отношениями пациентки с ПТСР из экспериментальной группы (37,5%), чем устойчивые к стрессу больные из контрольной группы (27,5%). Пациентки с ПТСР чаще, чем представительницы контрольной группы, сталкивались с вынужденным одиночеством, когда оно не было личным выбором ( $p < 0,05$ ). Кроме того, среди респондентов экспериментальной группы было выявлено большее количество случаев потери работы ( $p < 0,05$ ).

В целях адекватного измерения признаков посттравматического стресса была установлена временная граница в соответствии с критериями МКБ-10 — в течение 6 месяцев с момента информирования о верифицированном диагнозе и необходимости мастэктомии. Принимая во внимание единовременность психотравмирующего воздействия, было принято решение рассматривать собственно диагноз и предстоящее лечение в качестве единого стрессора. Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе проводился скрининг сплошной выборки 324 пациенток, соответствующих критериям включения, при помощи опросника «Скрининг травмы» (*Trauma Screening Questionnaire*; Brewin et al., 2002), созданного и адаптированного на кафедре клинической психологии здоровья университетского колледжа Лондона (*University College London*) в 2002 г. и рекомендованного ВОЗ для широкого использования [18]. Данный опросник основан на критериях МКБ-10 и выявляет симптомы, необходимые для постановки диагноза ПТСР.

Из группы респондентов были отобраны пациентки, набравшие по опроснику пороговый балл шесть и выше (>6 баллов) — они были осмотрены сертифицированным врачом-психиатром. В большинстве представленных в литературе исследований по данной проблеме диагноз ПТСР обосновывался исключительно на основании данных опросников для самозаполнения пациентами, без верификации диагноза специалистом с соответствующей квалификацией.

В исследовательскую экспериментальную группу вошли 40 человек с подтвержденным клиническим диагнозом ПТСР, согласно критериям МКБ-10 (F 43.1), что составило 12,3% от всей скринированной выборки. Полученные показатели распространенности ПТСР у пациентов с онкологическими злокачественными образованиями соответствуют данным литературных источников [2; 7; 10; 16, 19]. Контрольную группу составили 51 пациентка, клинически и на основании скрининга не имевшие признаков ПТСР. Все пациентки, включенные в исследование, были сравнимы по возрастным, социальным и клиническим характеристикам, имели положительный прогноз и не имели осложнений.

На втором этапе пациентки обеих групп прошли экспериментально-психологическое исследование, включающее заполнение методик.

### **Методики**

*Шкала субъективной оценки тяжести воздействия травматического события, ШОВТС (Impact of Event Scale-R, IES-R)* (Тарабрина, 2001) — направлена на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности [10; 11].

*Тест жизнестойкости (The Personal Views Survey III-R)* (Леонтьев, Рассказова, 2006) — предназначен для оценки параметра жизнестойкости и выявления факторов, способствующих успешному совладанию со стрессом и снижению внутреннего напряжения [6].

*Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur-Test nach Ammon)* (Ammon, 1976; Тупицын и др., 1998) — направлен на исследование особенностей личности, измерение бессознательных центральных личностных образований через доступные сознанию вторичные психологические функции (чувства, навыки и пр.) [12].

*Методика оценки психического здоровья (МОПЗ)* (Тупицын и др., 2000) — позволяет интегрально оценивать базисные показатели психического здоровья на основе анализа показателей, полученных при помощи Я-структурного теста Аммона [12].

*Методика для определения типов отношения к болезни (ТОБОЛ)* (Васерман и др., 2005, 2014) — основана на клинико-психологической типологии отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым [4].

*Методика «Опыт близких отношений» (Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R)* (Brennan, Fraley, 2000; Казанцева Т.В., 2008) — предназначена для оценки индивидуальных особенностей взрослых людей, находящихся в отношениях привязанности [5].

Статистический анализ данных проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20 и Microsoft Excel из пакета Microsoft Office XP.

## Результаты

В ходе исследования были выявлены достоверные различия по результатам методики «Тест жизнестойкости» (табл. 1).

Изучение показателей жизнестойкости пациенток обеих групп показало статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Пациентки без ПТСР характеризовались большей вовлеченностью в происходящее, могли получать удовольствие от собственной деятельности, имели убежденность, что борьба позволяет повлиять на исход заболевания, и воспринимали происходящие события как приобретение опыта, способствующего эффективному совладанию со стрессом.

Уровень уверенности в надежности, отзывчивости значимого лица, степень дискомфорта, переживаемого при психологическом сближении с другим человеком, формирование зависимости от него оценивались при помощи методики «Опыт близких отношений» (табл. 2).

Анализ полученных результатов позволяет говорить о наличии значимых различий как по шкале «Тревожность», связанной с сенситив-

Таблица 1

**Результаты сравнительного исследования параметров жизнестойкости у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСП и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью**

Шкалы методики «Тест жизнестойкости» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСП (n=40)	U Манна–Уитни	p
	(M±SD)			
Жизнестойкость	80,84±18,33	56,17±8,37	243	0,00
Вовлеченность	37,07±8,41	25,52±3,58	216,5	0,00
Контроль	27,09±7,21	19,65±4,75	404	0,00
Принятие риска	16,67±4,85	11,00±3,13	378	0,00

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

Таблица 2

**Результаты сравнительного исследования показателей методики «Опыт близких отношений» у пациенток с раком молочной железы с ПТСП и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью**

Шкалы методики «Опыт близких отношений» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСП (n=40)	U Манна–Уитни	p
	(M±SD)			
Тревожность	3,21±2,75	5,62±3,45	1323,5	0,00
Избегание близости	4,92±2,72	7,59±2,46	1472,5	0,00

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

ностью, зависимостью, эмоциональной незрелостью, так и по шкале «Избегание близости», отражающей эмоциональную сдержанность, пассивность, эгоцентричность в социальном поведении. Усредненные значения в группе пациенток с ПТСП по этим параметрам оказались достоверно более высокими, ограничивая их способность использовать свое окружение в качестве ресурса для совладания с фактом болезни и калечащего лечения.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) является важным интрапсихическим конструктом, определяющим эмоциональное состояние, поведение и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни [10;

23] и в значительной степени влияющим на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных нозогенных осложнений [8; 13]. Изучение особенностей восприятия рака молочной железы женщинами с различным уровнем стрессоустойчивости проводилось с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТО-БОЛ) (табл. 3).

Таблица 3

**Результаты сравнительного исследования типов отношения к болезни у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСР и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью**

Типы отношения к болезни (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U Манна—Уитни	p
	(M±SD)			
Гармоничный (Г)	21,22±17,53	9,00±15,87	543	0,00
Эргопатический (Р)	21,83±15,19	21,50±11,90	837	0,68
Анозогнозический (З)	11,36±12,65	1,33±3,44	516	0,00
Тревожный (Т)	8,24±6,35	17,25±9,92	1 344	0,00
Ипохондрический (И)	9,46±6,32	13,66±10,44	85	0,04
Неврастенический (Н)	9,12±7,29	13,08±7,92	1117,5	0,03
Меланхолический (М)	2,40±3,88	8,75±10,34	1222,5	0,00
Апатический (А)	3,83±3,84	8,25±7,53	1122	0,03
Сенситивный (С)	17,65±9,15	22,75±10,80	1,134	0,02
Эгоцентрический (Э)	9,02±6,06	8,16±5,42	85	0,62
Паранойальный (П)	6,51±6,45	7,91±5,54	1060,5	0,10
Дисфорический (Д)	4,14±5,42	8,08±7,05	1186,5	0,00

*Примечание:* М — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

У пациенток, устойчивых к стрессу, по сравнению с ПТСР-группой, значимо чаще встречалось гармоничное отношение к заболеванию, без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки болезни, и анозогнозическое — активное отбрасывание мысли о болезни и возможных последствиях. В группе пациенток с ПТСР выявлены достоверно более высокие значения по типам, отражающим неадекватное отношение к заболеванию: тревожное, ипохондрическое, неврастеническое, меланхолическое, апатическое, сенситивное и дисфорическое.

Изучение базовых личностных функций в исследуемой выборке проводилось при помощи Я-структурного теста Аммона (табл. 4).

Таблица 4

**Результаты сравнительного исследования базовых личностных функций у пациенток с раком молочной железы с диагностированным ПТСР и респондентов той же нозологической группы с успешным психологическим совладанием с болезнью**

Шкалы методики «Я-структурный тест Г. Аммона» (n=91)	Пациенты, устойчивые к стрессу (n=51)	Пациенты с ПТСР (n=40)	U Ман-Уит-ни	p
	(M±SD)			
Агрессия конструктивная (A1)	39,83±14,80	32,02±10,61	767,00	0,04
Агрессия деструктивная (A2)	39,94±6,58	51,00±11,90	1554,5	0,00
Агрессия дефицитная (A3)	46,42±10,39	64,27±10,42	1793,5	0,00
Тревога конструктивная (C1)	42,30±12,82	40,36±12,14	928	0,46
Тревога деструктивная (C2)	49,95±12,41	66,06±9,42	1727	0,00
Тревога дефицитарная (C3)	42,68±9,78	55,20±13,74	1571	0,00
Внешнее Я-отграничение конструктивное (O1)	47,38±12,42	34,61±8,58	449	0,00
Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)	54,23±12,13	68,18±10,25	1641	0,00
Внешнее Я-отграничение дефицитарное (O3)	35,32±12,13	50,56±7,28	1703,5	0,00
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (Q1)	41,99±14,14	32,08±13,94	595,5	0,00
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (Q2)	53,86±13,87	63,06±8,91	1423	0,00
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (Q3)	40,09±11,31	56,30±9,69	1760	0,00
Нарциссизм конструктивный (H1)	38,27±15,29	27,11±9,32	584,5	0,00
Нарциссизм деструктивный (H2)	48,87±16,63	63,36±14,64	1521,5	0,00
Нарциссизм дефицитарный (H3)	33,95±9,68	45,06±11,21	1571	0,00
Сексуальность конструктивная (Ce1)	31,33±11,82	31,52±13,30	1016,5	0,98
Сексуальность деструктивная (Ce2)	39,43±10,02	44,86±11,82	1330	0,01
Сексуальность дефицитарная (Ce3)	53,54±12,68	57,28±13,32	1,164	0,25

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение; p — уровень значимости.

Полученные данные позволяют говорить о статистически значимых межгрупповых различиях по всем шкалам, отражающим дефицитарные и деструктивные Я-функции: деструктивная агрессия, дефицитарная агрессия, деструктивная тревога, дефицитарная тревога, деструктивное внутреннее Я-отграничение, дефицитарное внутреннее Я-отграничение, деструктивное внешнее Я-отграничение, дефицитарное внешнее Я-отграничение, деструктивный нарциссизм, дефицитарный нарциссизм, деструктивная сексуальность. Дефицитарные шкалы отражают отсутствие активности, безучастность, недостаточную интегрированность своего образа «Я», отсутствие регулирования поведения при опасности, зависимость от окружающих, отказ от собственных интересов и потребностей. Деструктивные шкалы демонстрируют наличие разрушительной активности относительно самого себя, других людей, негативизм, обидчивость, неспособность принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих, обесценивание мнения и интересов других, возникновение страха и тревоги, парализующих поведение, избегание принятия нового опыта, ригидность в восприятии своих чувств [12]. По всем перечисленным шкалам у пациенток с симптомами ПТСР были получены достоверно более высокие показатели в сравнении с контрольной группой.

В группе пациенток, устойчивых к стрессу, выявлены статистически значимо более высокие показатели по шкалам, отражающим конструктивные Я-функции, а именно: конструктивная агрессия, конструктивное внешнее Я-отграничение, конструктивный нарциссизм, — отражающие целенаправленную активность, реалистическую оценку опасности, гибкое регулирование отношений между собой и окружающим миром, позитивное и адекватное отношение к себе, признание желательности удовлетворения своих значимых потребностей, принятие своих слабостей.

Таким образом, в структуре личности пациенток с раком молочной железы с симптомами ПТСР преобладают деструктивно-дефицитарные выражения Я-функций при недостатке их конструктивных показателей, что способствует психологической дезадаптации [12].

С целью анализа взаимосвязей между симптомами ПТСР и отдельными индивидуально-психологическими характеристиками был проведен корреляционный анализ, в ходе которого было выявлено, что общий показатель жизнестойкости и его компоненты «Вовлеченность», «Принятие риска» и «Контроль» имеют отрицательную корреляционную связь, как с показателем по скринингу ПТСР, так и с общим показателем ШОВТС. Шкалы методики «Я-структурный тест Аммона», отражающие деструктивные и дефицитарные Я-функции имеют положительные корреляционные взаимосвязи с опросником ПТСР и шка-

лами ШОВТС. Наибольшую силу связи имеют «Дефицитарная агрессия» ( $r=0,698$ ;  $p=0,01$ ), «Деструктивная тревога» ( $r=0,674$ ;  $p=0,01$ ), «Дефицитарное внешнее Я-отграничение» ( $r=0,649$ ;  $p=0,01$ ) и «Дефицитарное внутреннее Я-отграничение» ( $r=0,678$ ;  $p=0,01$ ). Скрининг ПТСР и шкалы методики ШОВТС имеют отрицательную взаимосвязь с анозогнозическим ( $r=0,568$ ;  $p=0,01$ ) и тревожным ( $r=0,520$ ;  $p=0,01$ ) типами отношения к болезни. Шкалы методики «Опыт близких отношений» имеют слабые положительные корреляционные связи с показателями ПТСР; при этом шкала «Избегание близости» ( $r=0,472$ ;  $p=0,01$ ), отражающая эмоциональную сдержанность, осторожность, эгоцентричность в социальных отношениях, характеризуется более сильной взаимосвязью с симптоматикой ПТСР, по сравнению со шкалой «Тревожность», отражающей обратные черты, ведущие к зависимости в отношениях ( $r=0,472$ ;  $p=0,01$ ).

### **Обсуждение результатов**

Проведенное исследование свидетельствует о наличии достоверных психологических различий между больными раком молочной железы, у которых верифицировано ПТСР, и демонстрирующих хорошую устойчивость к мощному стрессовому воздействию. На основании полученных данных невозможно сделать однозначный вывод о причинно-следственных связях и разделить предикторы возникновения ПТСР и психологические последствия травматического стресса. Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова, авторы методики «Тест жизнестойкости», предполагают, что это стойкие базовые личностные характеристики, не столько меняющиеся под воздействием стресса, сколько влияющие на совладание с ним; тем не менее полученных результатов недостаточно, чтобы окончательно ответить на вопрос, что первично — снижение жизнестойкости или травматический опыт [2]. В литературе указывается, что базовые убеждения о себе, о предсказуемости мира и возможности контролировать ход событий подвергаются мощному воздействию травмы и могут разрушаться под ее воздействием [1; 2; 16; 23]. При этом также известно, что дисфункциональные убеждения о собственной безопасности влияют на искаженные когнитивные оценки травмы и ее последствий, хронифицируют эти эмоциональные реакции, способствуя ПТСР [10; 19; 23; 24]. Полученные данные об особенностях формирования модели репрезентации заболевания у пациенток с ПТСР имеют важное практическое значение для выбора мероприятий медико-психологической реабилитации, повышения эффективности лечения, определения терапевтического прогноза. Отечественные и зарубежные исследования

подчеркивают влияние внутренней картины болезни на формирование комплаенса, установление терапевтического альянса, развитие негативных нозогенных реакций [1; 10; 11; 15; 21].

## **Выводы**

1. Больные раком молочной железы с коморбидным ПТСР имеют более низкие показатели жизнестойкости по всем шкалам, высокую тревожность и склонность избегать близких, доверительных отношений по сравнению с пациентками, демонстрирующими удовлетворительную устойчивость к стрессу, что способствует формированию чувства эмоционального отвержения, беспомощности, неготовности принятия своего заболевания, эмоциональной пассивности и сдержанности в социальном поведении.

2. У больных раком молочной железы с коморбидным ПТСР достоверно реже встречается гармоничное отношение к заболеванию, во внутренней картине болезни чаще отмечаются тревожные, ипохондрические, дисфорические и меланхолические переживания.

3. Имеются статистически значимые отличия между больными раком молочной железы с коморбидным ПТСР и демонстрирующими удовлетворительное совладание со стрессом в базовых личностных функциях. У пациенток с ПТСР в значительно большей степени представлены дефицитарные и деструктивные Я-функции, определяющие снижение активности, недостаточную интегрированность своего образа «Я», зависимость от окружающих, склонность к аутоагрессивному поведению, неспособность принимать поддержку близких, возникновение тревожных и фобических переживаний, нарушающих адаптивное поведение.

4. Низкие показатели жизнестойкости, неадекватная внутренняя картина болезни, дефицитарные и деструктивные личностные структуры имеют непосредственную связь с формированием и течением ПТСР. Необходимо выявлять их на диагностическом этапе и учитывать как мишени психокоррекционных интервенций в комплексном персонализированном подходе к терапии этих больных.

Рассмотренные психологические и психопатологические феномены должны учитываться в разработке персонализированных комплексных стратегий в профилактике и лечении пограничных психических нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии (Психологический практикум). СПб.: Речь, 2004. 166 с.

2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Развитие посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / Под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, и др. СПб.: Вопросы онкологии, 2017. С. 228—241.
3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 2. С. 44—53. DOI:10.31363/2313-7053-2018-2-44-53
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., и др. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
5. Казанцева Т.В. Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли // Известия РГПУ имени Герцена. 2008. № 74-2. С. 139—143.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
7. Лукошкина Е.П., Караваева Т.А., Васильева А.В. Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях // Вопросы онкологии. 2016. № 6. С. 774—784.
8. Олейникова И.Н., Генс Г.П., Коробкова Л.И., и др. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у больных раком яичников // Вопросы онкологии. 2013. № 59 (3). С. 12—25.
9. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 86—91.
10. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 1. С. 9—13.
11. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., и др. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Институт психологии РАН, 2010. 175 с.
12. Тупицин Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., и др. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
13. Усманова Е.Б., Шелкова О.Ю., Исурина Г.Л., и др. Опросник качества жизни для пациентов с онкоортопедической патологией // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 147—166. DOI:10.17759/cpp.2019270210
14. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131—149. URL: <https://psyjournals>.

- ru/psyclin/2018/n4/Khain\_et\_al.shtml (дата обращения: 15.01.2021). DOI:10.17759/psyclin.2018070408
15. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63. № 1. С. 115—121.
  16. Abbey G., Thompson S.B.N., Hickish T., et al. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder // *Psycho-Oncology*. 2015. Vol. 24 (4). P. 371—381. DOI:10.1002/pon.3654
  17. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer // *Cancer Treatment Revue*. 2007. Vol. 33 (7). P. 622—630. DOI:10.1016/j.ctrv.2006.12.006
  18. Brewin C.R., Rose S., Andrews B., et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder // *The British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181 (2). P. 158—162. DOI:10.1192/bjp.181.2.158
  19. Cordova M.J., Giese-Davis J., Golant M., et al. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007. Vol. 14 (4). P. 308—319. DOI:10.1007/s10880-007-9083-6
  20. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used // *Journal of Psychosomatic Research*. 2012. Vol. 72 (6). P. 434—438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
  21. Green B.L., Krupnick J.L., Rowlan J.H., et al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2000. Vol. 18 (5). P. 1084—1093. DOI:10.1200/JCO.2000.18.5.1084
  22. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors // *Breast Cancer Research and Treatment*. 2000. Vol. 61 (2). P. 145—151. DOI:10.1023/A:1006483214678
  23. *Psycho-Oncology*. 3rd ed. / Holland J.C., Breitbart W.C., Jacobsen P.B., et al. (eds.). Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p. DOI:10.1093/med/9780199363315.001.0001
  24. Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F.G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment // *Psychosomatics*. 2006. Vol. 47 (3). P. 223—230. DOI:10.1176/appi.psy.47.3.223

## REFERENCES

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii (Psikhologicheskii praktikum) [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, therapy (Psychological workshop)]. Saint Petersburg: Rech', 2004. 166 p.
2. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva u patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami [Development of posttraumatic stress disorder in patients with oncological diseases]. In Belyaev A.M., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., et al. *Onkopsikhologiya dlya vrachei-onkologov i meditsinskikh psikhologov: rukovodstvo* [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists: A Handbook]. Saint Petersburg: Voprosy onkologii, 2017, pp. 228—241.

3. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory riska razvitiya posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva u patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami pryamoj kishki, podvergshikhsya khirurgicheskomu lecheniyu s formirovaniem kolostomy [Socio-psychological risk factors for the development of post-traumatic stress disorder in patients with oncological diseases of the rectum, subjected to surgical treatment with the formation of colostomy]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2018, no. 2, pp. 44—53. DOI:10.31363/2313-7053-2018-2-44-53
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., et al. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachei [Psychological diagnostics of attitudes towards the disease. (A guide for doctors)]. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. 33 p.
5. Kazantseva T.V. Adaptatsiya modifitsirovannoi metodiki “Opyt blizkikh otnoshenii” K. Brennan i R.K. Freili [Adaptation of the modified Experiences in Close Relationships Scale by K. Brennan and R.C. Fraley]. *Izvestiya RGPU im. Gertsena = Herzen University Bulletin*, 2008, no. 74-2, pp. 139—143.
6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Vitality test]. Moscow: Smysl, 2006. 63 p.
7. Lukoshkina E.P., Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V. Etiologiya, epidemiologiya i psikhoterapiya soputstvuyushchikh psikhicheskikh rasstroistv pri onkologicheskikh zabolevaniyakh [Etiology, epidemiology and psychotherapy of concomitant mental disorders in oncological diseases]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2016, no. 6, pp. 774—784.
8. Oleinikova I.N., Gens G.P., Korobkova L.I., et al. Diagnostika posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva u bol'nykh rakom yaichnikov [Diagnosis of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2013, no. 59 (3), pp. 12—25.
9. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psikhodiagnostika strakha progressirovaniya zabolevaniya: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi versii oprosnika strakha progressirovaniya zabolevaniya [Psychodiagnosics of the fear of disease progression: Results of approbation of the Russian-language version of the questionnaire of Fear of Disease Progression]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2014, no. 4, pp. 86—91.
10. Tarabrina N.V. Posttraumatic stress among cancer patients. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22, no. 1, pp. 40—63. (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., et al. Onkopsikhologiya: posttraumaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy [Oncopsychology: Post-traumatic stress in breast cancer patients]. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2010. 175 p.
12. Tupitsin Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V., et al. Ya-strukturnyi test G. Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne. Posobie dlya psikhologov i vrachei [Self-structural test of G. Ammon: A questionnaire for the assessment of central personal functions at the

- structural level. A manual for psychologists and doctors]. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 1998. 70 p.
13. Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu, Isurina G.L., et al. Quality of Life Questionnaire for patients with oncoorthopedic disease. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019. Vol. 27, no. 2, pp. 147—166. DOI:10.17759/cpp.2019270210. (In Russ., abstr. in Engl.)
  14. Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotional state and coping strategies of adolescents with oncohematological diseases [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2018. Vol. 7, no. 4, pp. 131—149. Available at: [https://psyjournals.ru/psyclin/2018/n4/Khain\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2018/n4/Khain_et_al.shtml) (Accessed 15.01.2021). DOI:10.17759/psyclin.2018070408. (In Russ., abstr. in Engl.)
  15. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Vliyanie otnosheniya k bolezni na kachestvo zhizni patientsov s opukholevym porazheniem kostei [Quality of Life Questionnaire for Patients with Oncoorthopedic Disease]. *Voprosy Onkologii = Issues of Oncology*, 2017. Vol. 63 (1), pp. 115—121.
  16. Abbey G., Thompson S.B.N., Hickish T., et al. Meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 2015. Vol. 24 (4), pp. 371—381. DOI:10.1002/pon.3654
  17. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Review*, 2007. Vol. 33 (7), pp. 622—630. DOI:10.1016/j.ctrv.2006.12.006
  18. Brewin C.R., Rose S., Andrews B., et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 2002. Vol. 181 (2), pp. 158—162. DOI:10.1192/bjp.181.2.158
  19. Cordova M.J., Giese-Davis J., Golant M., et al. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007. Vol. 14 (4), pp. 308—319. DOI:10.1007/s10880-007-9083-6
  20. Einsle F., Kraft D., Koellner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology — which diagnostic tools should be used. *Journal of Psychosomatic Research*, 2012. Vol. 72 (6), pp. 434—438. DOI:10.1016/j.jpsychores.2012.02.008
  21. Green B.L., Krupnick J.L., Rowland J.H., et al. Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2000. Vol. 18 (5), pp. 1084—1093. DOI:10.1200/JCO.2000.18.5.1084
  22. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2000. Vol. 61 (2), pp. 145—151. DOI:10.1023/A:1006483214678
  23. Holland J.C., Breitbart W.C., Jacobsen P.B., et al. (eds.). *Psycho-Oncology*. 3rd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p. DOI:10.1093/med/9780199363315.001.0001
  24. Richter J.C., Waydhas C., Pajonk F.G. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*, 2006. Vol. 47 (3), pp. 223—230. DOI:10.1176/appi.psy.47.3.223

### **Информация об авторах**

**Васильева Анна Владимировна**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

**Караваева Татьяна Артуровна**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова (ФГБУ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова Минздрава России); профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, e-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru)

**Мизинова Елена Борисовна**, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, преподаватель отдела региональных программ профессиональной переподготовки специалистов с высшим психологическим образованием, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>, e-mail: [elenamizinova@yandex.ru](mailto:elenamizinova@yandex.ru)

**Лукошкина Екатерина Павловна**, кандидат психологических наук, сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>, e-mail: [lukoshkina.ekaterina@gmail.com](mailto:lukoshkina.ekaterina@gmail.com)

### **Information about the authors**

**Anna V. Vasileva**, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Associate Professor, Chair of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University

named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

*Tatiana A. Karavaeva*, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Head of the Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Professor, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University; Chief Researcher, Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Petrov National Medicine Research Center of Oncology; Professor, Department of General and Practical Psychology with Courses in Biomedical Disciplines and Pedagogy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, e-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru)

*Elena B. Mizinova*, PhD in Psychology, Senior Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, Lecturer, Department of Regional Programs for Professional Retraining of Experts with Higher Psychological Education, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Lecturer, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3178-543X>, e-mail: [elenamizinova@yandex.ru](mailto:elenamizinova@yandex.ru)

*Ekaterina P. Lukoshkina*, PhD in Psychology, Researcher, Department for Non-psychotic Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8865-4070>, e-mail: [lukoshkina.ekaterina@gmail.com](mailto:lukoshkina.ekaterina@gmail.com)

Получена 02.06.2020

Received 02.06.2020

Принята в печать 10.05.2021

Accepted 10.05.2021

# **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ**

**Н.Л. СОЛОВЬЕВСКАЯ**

Научно-исследовательский центр медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» (НИЦ МБП КНЦ РАН),  
г. Апатиты, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>,  
e-mail: [silva189@mail.ru](mailto:silva189@mail.ru)

**П.С. ТЕРЕЩЕНКО**

Научно-исследовательский центр медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» (НИЦ МБП КНЦ РАН),  
г. Апатиты, Российская Федерация  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8966-3163>,  
e-mail: [tereshchenko\\_pash@mail.ru](mailto:tereshchenko_pash@mail.ru)

Профессиональная деятельность в условиях Арктики имеет свои особенности, отражающиеся на психоэмоциональном состоянии человека, что может привести к развитию психосоматических состояний и заболеваний. Нами проведена оценка уровня тревожности медицинских сестер психиатрического профиля (55 человек) в условиях Арктики с целью раннего выявления донозологических состояний, профилактики возникновения психоэмоциональных нарушений и психосоматических заболеваний у медицинских сестер. Установлено влияние стажа, возраста и сменности труда на уровень ситуативной и личностной тревожности. Выявлено, что повышение тревожности, которое является симптомом

психоэмоционального напряжения, зависит от социальных факторов (доход и семейное положение), сменности труда и ответственности за должностные обязанности руководителя, что может усугубляться как особенностью профессиональной деятельности, так и проживанием в условиях Крайнего Севера.

**Ключевые слова:** Арктика, медсестры, тревожность, климатические условия, психоэмоциональное напряжение, стресс.

**Финансирование.** Исследование выполнено в рамках научного проекта №0226-2019-0064 «Изучение интегративных эффектов и механизмов раздельного и комбинированного воздействия природных факторов арктической среды и сопутствующих агентов на организм коренного и пришлого населения, проживающего в Арктическом регионе. Разработка новых «здоровье сберегающих технологий», ориентированных на особенности проживания в экстремальных условиях Арктики», № гос. регистрации АААА-А17-117020110070-6.

**Для цитаты:** Соловьевская Н.Л., Терещенко П.С. Психоэмоциональное состояние медицинских сестер психиатрического профиля в условиях Арктики // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 164—184. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290208>

## THE PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF NURSES OF THE PSYCHIATRIC PROFILE IN THE ARCTIC

NATALIA L. SOLOV'EVSKAIA

Research Centre for Human Adaptation in the Arctic —  
Branch of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences,  
Apatity, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>,

e-mail: [silva189@mail.ru](mailto:silva189@mail.ru)

PAVEL S. TERESHCHENKO

Research Centre for Human Adaptation in the Arctic —  
Branch of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences,  
Apatity, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8966-3163>,

e-mail: [tereshchenko\\_pash@mail.ru](mailto:tereshchenko_pash@mail.ru)

Professional activity in the conditions of the Arctic has certain features affecting the psycho-emotional condition of a person that can lead to the development of psychosomatic disorders and physical diseases. We evaluated the level of anxiety of psychiatric nurses (N=55) in the conditions of the Arctic for the purpose of early

identification of premorbid states, prevention of emergence of psycho-emotional disturbances, and psychosomatic diseases in nurses. We determined that work experience, age, and shift work influenced the level of situational and personal anxiety. It was revealed that an increase in anxiety which is a symptom of psycho-emotional tension, depended on social factors (income and marital status), shift work, and managerial responsibilities and can be aggravated both with features of professional activity, and accommodation to the conditions of the Far North.

**Keywords:** The Arctic, nurses, anxiety, climatic conditions, psychoemotional pressure, stress.

**Funding.** The study was carried out as part of a scientific project 0226-2019-0064 “The study of integrative effects and mechanisms of individual and combined effect of natural factors of the Arctic milieu and concomitant agents on the organisms of the native and newly arrived inhabitants of the Arctic region. The development of new technologies of health preservation in accordance to the peculiarities of living in the extreme conditions of the Arctic”. State registration no. AAAA-A17-117020110070-6.

**For citation:** Solov'evskaia N.L., Tereshchenko P.S. The Psychoemotional Condition of Nurses of the Psychiatric Profile in the Arctic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 2, pp. 164—184. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290208>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Известно, что адаптация в условиях Арктического региона имеет свои специфические особенности, неоднократно описанные в трудах отечественных авторов [2—4; 9; 11; 13; 20; 25—28]. Это особенности климатогеографических, метеорологических условий: условия полярной ночи и полярного дня, создающие нарушения ритмичности биологических часов организма, и недостаточность солнечного излучения для полноценного функционирования. Статистика заболеваемости в Арктике, особенно по здоровью детей, ясно показывает, что необходимы меры по оздоровлению и оказанию поддержки в адаптации людей, проживающих в районах Крайнего Севера [24].

По мнению Е.Р. Бойко, проживание человека в экстремальных природно-климатических условиях Севера обусловило формирование особой «северной популяции» [5; 25]. В высоких широтах взаимодействие магнитосферы Земли с потоком заряженных частиц, испускаемых Солнцем, приводит к экстремальным колебаниям геомагнитного поля и интенсивности космических лучей у поверхности Земли, что отражается на функциональном состоянии организма людей, проживающих на Севере. Это может быть экзогенной причиной, предрасполагающей к возникновению преморбидных состояний и заболеваемости на Севере [3; 4]. В показателях периферической крови здоровых людей, проживаю-

щих на Арктических территориях, наблюдаются существенные сдвиги в системе гомеостаза, которые проявляются в виде умеренного эритроцитоза, возрастания гемоглобина при понижении его концентрации в эритроците, увеличения гетерогенности эритроцитов, возрастания их числа и объема, гетерогенности тромбоцитов и возрастания тромбокрита. «Эти сдвиги гомеостаза характерны для гипоксии, сердечно-сосудистой недостаточности, увеличения вязкости крови» [8, с. 450]. При определенных условиях такие свойства гомеостаза могут привести к повышению вероятности агрегации эритроцитов и риску развития тромбов, что повышает риск развития инфарктов миокарда и гемодинамических инсультов даже у лиц молодого возраста, проживающих в условиях Арктики [8].

Именно психоэмоциональное состояние в высоких широтах наиболее подвержено воздействию природных арктических факторов, предрасполагающих к возникновению так называемого синдрома полярного напряжения [11—13]. Проявляется в «полярной» одышке, психоэмоциональной лабильности, астенизации, снижении работоспособности, депрессии [11] и очень напоминает сезонные аффективные расстройства (САР), описанные в западной литературе [35] и ассоциированные, по ряду свидетельств, с географической широтой [32; 36] и фотопериодизмом [31; 33; 34].

Медицинские сестры психиатрического профиля подвергаются специфическим нагрузкам, таким как постоянный контакт с пациентами, их родственниками, контакт с биологическими и химическими средами. Часто интересы семьи и производственные интересы пересекаются, что создает дополнительную нагрузку [1; 29; 30; 32]. Изучение психоэмоционального состояния медперсонала, обслуживающего данные учреждения, проведение профилактических мероприятий по предотвращению психосоматических расстройств и донологических состояний в условиях Арктики, бесспорно, имеет актуальность.

Сочетанное влияние природно-климатических факторов и профессиональной деятельности может неблагоприятно сказываться на психоэмоциональной сфере медицинских сестер и приводить к развитию синдрома психоэмоционального напряжения, способствовать снижению порогов воздействия производственных факторов и стимулировать развитие психосоматических и нервно-психических заболеваний [1; 10—15; 19—22; 29].

В то же время неблагоприятные условия жизни и вредные условия труда могут сказываться на качестве выполняемой работы и продуктивности взаимоотношений медицинских сестер в коллективе и с пациентами. Качество обслуживания пациентов во многом определяется не только профессиональной компетентностью и личностными характеристиками медперсонала, но и его психоэмоциональным состоянием. Применение новых реабилитационных технологий требует от медицинских сестер определенных личностных качеств и способности адаптироваться к со-

вместной деятельности с коллегами, родственниками пациентов, пациентами и представителями социальных структур. Полноценная работа с пациентами неотделима от адекватной самооценки самого медицинского персонала и состояния его психофизиологического здоровья [21].

Изучение психоэмоционального состояния, начиная еще на этапе профессионального становления, имеет значение для раннего выявления донозологических состояний, профилактики возникновения психоэмоциональных нарушений и психосоматических заболеваний медицинских сестер.

**Цель** данного исследования — выявление закономерностей, возникающих в психоэмоциональном состоянии медсестер вследствие комплексного воздействия неблагоприятных условий труда и проживания в экстремальных условиях Арктики.

## Метод

Исследована группа 55 медицинских сестер Мурманской областной психиатрической больницы. Опрос проведен с использованием шкалы оценки реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина [7]. Данная методика позволяет сделать существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, т. е. личностной. Бланк шкал самооценки включает в себя 40 вопросов-рассуждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной и 20 — личностной тревожности, чотыре оцениваются в баллах: до 30 баллов — низкая; 31—44 балла — умеренная; 45 и более — высокая.

Медсестры интервьюировались методом конфиденциальной беседы, где задавались вопросы о состоянии здоровья, наличии заболеваний, длительности проживания за Полярным кругом и социально-бытовых условиях жизни, влияющих на их психоэмоциональное состояние. Тестирование проведено в узкий промежуток времени, период «выхода» из полярной ночи с 27 января по 3 февраля. Для исследования было выбрано время с 14:00 до 15:00 часов. Данные тестирования обрабатывались согласно выбранной методике [7].

## Результаты

Интервьюирование выявило следующие основные осознаваемые проблемы, беспокоящие медицинских сестер (рис. 1).



Рис. 1. Вопросы, вызывающие беспокойство медицинских сестер, %

По данным опроса, резко выделяются преобладающие основные факторы: низкий уровень доходов, страх перед аттестационными испытаниями и невозможность подработать в данном учреждении. Эти причины впоследствии могут иметь свое влияние на психоэмоциональное состояние работников.

В исследованиях ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) высокая СТ обнаружена у 19,0%, а ЛТ — у 36,4% сестер (рис. 2).

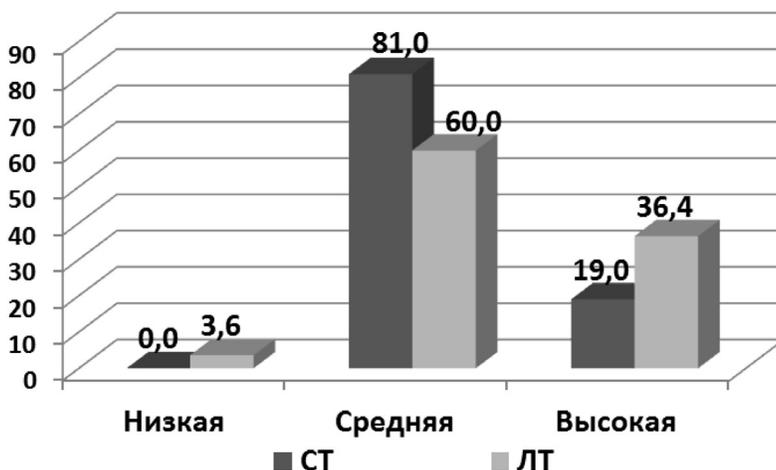


Рис. 2. Соотношение медицинских сестер с разными уровнями ситуативной и личностной тревожности, %

У большей части исследуемых обнаружены средние показатели тревожности СТ — 81,0%, ЛТ — 60,0%.

**Возраст.** Следующий — распределение и анализ уровня тревожности в зависимости от возраста медицинских сестер. Исследуемая группа была ранжирована по возрасту на 4 возрастные группы: 20—29 лет (14,5%); 30—39 лет (31%); 40—49 лет (38%) и старше 50 лет (16,5%). Показатели среднего уровня тревожности в зависимости от возраста приведены в табл. 1.

Таблица 1  
Среднестатистические показатели уровня тревожности  
в зависимости от возраста (N=55)

Показатель, баллы	Ситуативная тревожность (СТ)				
	20—29	30—39	40—49	50 и старше	Общая СТ
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	50 и старше	Общая СТ
Среднее	40,38± 3,16	41,94± 6,06	38,71± 7,95	40,33±6,04	40,22±6,54
Показатель, баллы	Личностная тревожность (ЛТ)				
	20—29	30—39	40—49	50 и старше	Общая ЛТ
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	50 и старше	Общая ЛТ
Среднее	38,75± 5,23	46,18± 6,88	43,29± 9,45	43,78±9,27	43,60±8,40

Высокий уровень СТ обнаружен (в порядке убывания) у медицинских сестер: 30—39 лет — 24%; старше 50 лет — 22%; 40—49 лет — 19%. В возрасте 20—29 лет лиц с высокой СТ не обнаружено.

Выявляется некоторая тенденция к росту уровня СТ с возрастом. До 30 лет не выявлено высокой СТ. В возрасте 30—39 лет — наиболее высокий процент медсестер с высокой СТ. К этой группе в основном относятся медсестры из группы со стажем более 15 лет, имеющие также высокий уровень СТ. Статистически значимых различий средних значений СТ на уровне  $p < 0,05$  по t-критерию в возрастных группах не выявлено.

Высокий уровень ЛТ выявлен (в порядке убывания) среди сестер из возрастной группы: 30—39 лет (47,1%); старше 50 лет (44,4%); 40—49 лет (42,9%).

Прослеживается закономерность роста ЛТ в зависимости от возраста. До 30 лет высокой ЛТ не выявлено. В возрастной группе 30—39 лет выявляется наибольший процент ЛТ (47,1%), к этой группе в основном относятся медсестры со стажем 10—14 лет.

**Стаж.** Медицинские сестры были разделены на 5 групп в зависимости от стажа работы: до 1 года — один человек (2%); 1—4 года — 7 человек (13%); 5—9 лет — 10 человек (18%); 10—14 лет — 5 человек (9%); более 15 лет — 32 человека (58%).

Высокая СТ выявлена у 10 из 55 человек. Более всего лиц с высокой СТ выявлено в группе со стажем работы более 15 лет — 22%; в группе со стажем 5—9 лет — 20%; 1—4 года — 14% от данной группы. Со стажем 10—14 лет нет медсестер с высокой СТ, хотя среднестатистический средний балл СТ в этой группе выше (табл. 2). Среднестатистические средние показатели СТ в группах с разным стажем не имеют значимых различий.

Таблица 2  
**Средние уровни тревожности медицинских сестер  
 в зависимости от стажа (N=55)**

Показатель, баллы	Ситуативная тревожность					
	Менее 1 года	1—4	5—9	10—14	Более 15	Общая СТ
Стаж, лет						
Среднее	40,0	40,0± 5,77	40,80± 7,05	41,20± 4,15	39,94±7,15	40,22±6,54
Показатель, баллы	Личностная тревожность					
	Менее 1 года	1—4	5—9	10—14	Более 15	Общая ЛТ
Стаж, лет						
Среднее	34,0	41,71± 3,35	41,50± 9,18	48,80± 4,87	44,16±9,13	43,60±8,40

Высокий уровень ЛТ (в порядке убывания) выявлен в группе со стажем 10—14 лет — 60%; со стажем более 15 лет — 44%; 5—9 лет — 20%; 1—4 года — 14%. Медсестер со стажем работы 5—9 лет с высоким уровнем ЛТ больше на 6% по сравнению с группой медсестер со стажем работы 1—4 года. У медсестер со стажем 10—14 лет высокая ЛТ выявляется на 40% чаще, по сравнению с группой 5—9 лет. Наиболее многочисленная группа медицинских сестер со стажем работы более 15 лет в процентном отношении реже демонстрирует высокую ЛТ, по сравнению с группой 10—14 лет (на 16%).

Средние значения ЛТ (48,80±4,87) у медицинских сестер в группе со стажем 10—14 лет статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ), чем в группах со стажем 1—4 года (41,71±3,35) ( $p < 0,05$ , по t-критерию, критерию Колмогорова—Смирнова и  $p < 0,01$ , по U-критерию Манна—Уитни) и 5—9 лет (41,50±9,18) ( $p < 0,05$ , по U-критерию Манна—Уитни), и выше, чем в группе со стажем более 15 лет (44,16±9,13).

Из полученных результатов следует, что высокий уровень СТ и ЛТ с увеличением стажа работы растет, однако различия по среднему баллу СТ статистически незначимы. Интересно, что в группе с профессиональным стажем 10—14 лет не выявляется высокая СТ. Возможно данный факт связан с приобретением опыта и навыков в профессиональной

деятельности. Напротив, ЛТ в данной группе выше, чем в других, возможно, из-за социально-психологических аспектов.

Среди медицинских сестер с большим стажем много лиц старше 45 лет. Возможно, уровень СТ растет в связи с развитием хронических возрастных заболеваний, в том числе климактерических нарушений, при которых могут нарушаться общая реакция организма на внешние и внутренние стимулы, возникать суетливость, нарушения памяти и координации. Некоторые обследуемые старше 40 лет страдают гипертонической болезнью, заболеваниями щитовидной железы, атеросклерозом и ишемической болезнью сердца. Впрочем, не все медсестры откровенны и признают у себя наличие заболеваний из-за страха, что исследование направлено на выявление нетрудоспособных работников.

**Сменный труд.** В процессе исследования выяснилось, что тридцать восемь из обследуемых пятидесяти пяти медсестер работают в посменном режиме (в ночные и дневные смены по 12 часов), а семнадцать — только в дневные смены при шестичасовом рабочем дне. Выявлено процентное соотношение медицинских сестер с высокой СТ и ЛТ в каждой возрастной группе (табл. 3).

Таблица 3

**Средний уровень тревожности у медицинских сестер,  
 работающих посменно (N=55)**

Дневная смена					
Показатель, баллы	Ситуативная тревожность				
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	от 50 и старше	Общая СТ
Среднее	38,50± 3,54	35,60± 4,77	42,25± 11,15	36,00±1,41	39,12± 8,43
Показатель, баллы	Личностная тревожность				
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	от 50 и старше	Общая ЛТ
Среднее	36,50± 10,61	43,80± 7,89	47,75± 7,87	33,00±2,83	43,53± 8,90
Ночная смена					
Показатель, баллы	Ситуативная тревожность				
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	от 50 и старше	Общая СТ
Среднее	41,00± 3,10	43,85± 4,96	35,92± 3,96	41,57±6,35	40,47± 5,61
Показатель, баллы	Личностная тревожность				
Возраст, лет	20—29	30—39	40—49	от 50 и старше	Общая ЛТ
Среднее	39,50± 3,62	47,17± 7,09	40,54± 9,54	42,40±7,97	43,63± 8,29

Высокая СТ выявлена среди медицинских сестер, работающих в дневную смену в возрастной группе 40—49 лет (37,5%). Высокая ЛТ в возрастной группе 30—39 лет выявлена у 20%, в группе 40—49 лет — у 75%, старше пятидесяти лет — у 50% медсестер.

Средние значения СТ в группе 40—49 лет незначимо выше, чем в других группах; средние значения ЛТ в группе 40—49 лет статистически значимо выше, чем у медсестер в группе от 50 и старше ( $p < 0,03$ ;  $t = -2,51$ ), и незначимо выше, чем в группе 30—39 лет ( $p < 0,1$ ), по  $t$ -критерию.

Наибольшее количество медицинских сестер с высокой тревожностью среди дневных работников в возрастной группе 40—49 лет (СТ — 37,5%; ЛТ—75%) можно объяснить тем, что в этой группе находятся в основном старшие медсестры, что подтверждает данные литературы [16].

В возрастной группе 20—29 лет среди медсестер, работающих по сменам, не выявлено высокой тревожности. В возрастной группе 30—39 лет выявлена высокая СТ — 33%, в группе 40—49 лет — 8%, старше пятидесяти лет — 29%. Высокая ЛТ среди медсестер, работающих по сменам, чаще определяется в возрастной группе 50 лет и старше — 57%, в группе 30—39 лет — 50%, 40—49 лет — 23%.

Средние значения уровня СТ у медицинских сестер, работающих в ночные смены, во всех возрастных группах статистически значимо выше, чем в группе 40—49 лет ( $35,9 \pm 3,96$ ) (табл. 4).

Таблица 4

**Сравнение СТ в возрастных группах медсестер,  
работающих в посменном режиме**

Группы, лет	СТ	СТ 40—49 лет	р-уровень, t-критерий	р-уровень, U-критерий Манна—Уитни	Критерий Колмогорова— Смирнова
50 и старше	41,57±6,35	35,9±3,96	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	0,1
30—39	43,85±4,96	35,9±3,96	<b>0,003</b>	<b>0,01</b>	<b>0,025</b>
20—29	41,00±3,10	35,9±3,96	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,025</b>

*Примечание:* выделенные жирным шрифтом критерии значимы на уровне  $p < 0,05$ .

Средний уровень ЛТ в группе 30—39 лет статистически значимо выше, чем в группе 20—29 лет ( $p < 0,05$ ) и выше, чем в группе 50 лет и старше ( $p < 0,1$ ) и 40—49 лет (табл. 5).

Таблица 5

**Сравнение ЛТ в возрастных группах медсестер,  
работающих в посменном режиме**

Группы, лет	ЛТ	ЛТ 20—29 лет	р-уровень, t-критерий	р-уровень, U- Критерий Ман- на—Уитни	Критерий Колмогорова— Смирнова
30—39	47,17±7,09	39,50±3,62	<b>0,025</b>	<b>0,008</b>	<b>0,025</b>
50 и старше	42,40±7,97	39,50±3,62	0,1	0,1	0,1

*Примечание:* выделенные жирным шрифтом критерии значимы на уровне  $p < 0,05$ .

Среди работающих в ночные смены наиболее высокая СТ и ЛТ выявляется у медсестер в группе 30—39 лет, что возможно связано с семейным статусом. Наиболее часто высокий уровень ЛТ определяется в группе 50 лет и старше (57%), что указывает на нежелательность в этом возрасте работать в ночные смены (табл. 3).

### Обсуждение результатов

На основе полученных результатов об уровне тревожности медицинских сестер можно обратить внимание на закономерность роста тревожности в зависимости от возраста, стажа и работы в ночные смены. Преобладание роста ЛТ, вероятно, связано с социальными условиями.

Высокий уровень ЛТ у медсестер со стажем работы 10—14 лет может говорить о том, что медсестры в основном испытывают переходный кризис средних лет, при котором могут испытывать тревогу по поводу дальнейшего течения их семейной жизни, когда дети выросли, покидают свое семейное гнездо. Ситуативная тревожность в этой группе ниже в результате роста профессионального мастерства, адаптации к осуществлению профессиональной деятельности в условиях психиатрического стационара. Преобладающее количество медицинских сестер (более 97%), родились в Заполярье, но не считаются коренными жителями Севера или являются приезжими и проживают в арктических условиях более двадцати лет, и, по Короленко, могут находиться во второй стадии развития «полярного напряжения» [11—13].

Единственная медицинская сестра, со стажем 1 год и женщины в возрастной группе 20—30 лет не имеют высокого уровня СТ. Возможно, некоторую психологическую адаптацию к профессии эти медсестры

прошли еще будучи студентами медицинского колледжа, как было показано в работе С.И. Быкова [6].

Увеличение уровня СТ в зависимости от стажа работы указывает на влияние различных факторов и условий труда. Также высокая СТ наиболее часто выявляется в возрастной группе 30—39 лет, работающей в посменном режиме, в этой группе кроме профессиональных факторов большую роль в росте психоэмоционального напряжения играют различные социальные условия, связанные с семейным статусом, воспитанием детей и необходимостью работать в ночные смены.

Возможно, после прохождения периода психологической дезадаптации, когда у медицинских сестер могут проявляться признаки синдрома хронической усталости и синдрома эмоционального выгорания [16; 17; 18], у них происходит некоторая стабилизация психоэмоционального состояния и снижение тревожности (40—49 лет). В результате приспособительных реакций организма на психоэмоциональные перегрузки вырабатываются защитные стереотипы профессионального поведения, эмоционального «невовлечения» [17].

В то же время в старшей возрастной группе и в группе медсестер со стажем работы более пятнадцати лет СТ снова растет. В этом возрасте, как известно, увеличивается количество различных соматических заболеваний, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет, ишемическую болезнь сердца. Учитывая, что медицинские сестры, обследуемые нами, относятся к женской популяции, многие из них могут иметь различные нарушения, связанные с климактерическими изменениями в организме, а также с менопаузой. Симптомы этих заболеваний и нарушений могут вызывать нарушение быстроты реакций, нарушения в эмоциональной сфере, общее ухудшение самочувствия, что в свою очередь приводит к повышению СТ. Тревога может возникнуть по поводу взаимоотношений в коллективе сотрудников, неадекватного реагирования на болезненные переживания больных, выполнения профессиональных задач и прочее.

При изучении показателей тревожности медицинских сестер областной психиатрической больницы особенно обращает на себя внимание тот факт, что показатели высокой ЛТ (36%) превышают в значительной степени показатели СТ (19%).

Высокий уровень личностной тревожности во многом может зависеть как от профессиональных факторов, влияющих на рост психоэмоционального напряжения у медицинских сестер психиатрического стационара, так и от различных социальных условий, социальной защищенности, семейного статуса. Кроме того низкая оплата труда никак не может способствовать возрастанию их материального благосостояния и благополучия, обеспечить их потребности как физиологические, так и духовные (по Маслоу).

Большое значение в росте тревожности и психоэмоционального напряжения в целом, по мнению самих медсестер, имеют проводимые аттестации и переаттестации в ЛПУ, которые наиболее болезненно переносятся в более старшем возрасте. Несмотря на большой опыт работы, высокий профессионализм, на психоэмоциональное состояние во время аттестаций влияют: напряженная атмосфера во время проведения аттестационных экзаменов, большое количество членов комиссии, порядок проведения аттестационных и квалификационных экзаменов, невозможность подготовки к ответам по заданным вопросам, затруднения в преодолении возникшего волнения. Многие медицинские сестры начинают испытывать волнение и эмоциональное напряжение задолго до сдачи аттестационных и квалификационных экзаменов. Известно также, что молодые медицинские сестры менее подвержены волнениям по этому поводу, хотя и имеют меньший опыт работы и степень профессионального мастерства.

Отдельно можно выделить группу медсестер, по возрасту превышающую пятьдесят лет. В этой группе высокие показатели СТ и ЛТ могут свидетельствовать о том, что в результате некоторых возрастных изменений, возросших случаев соматических заболеваний в данном возрасте могут возникнуть трудности с выполнением производственных заданий, требующих определенной сноровки, быстрой реакции. У медсестер в 50 лет и старше, работающих только в дневные смены, реже выявляется высокая СТ и ЛТ, чем у работающих посменно, что говорит о негативном влиянии ночных смен на женщин в этом возрасте.

Возможно, что у медицинских сестер старше пятидесяти лет высокая ЛТ определяется чаще из-за страха перед будущим уходом на пенсию, с которым связывают нищенское существование, одиночество, боязнь остаться ненужными, оторванными от обществ.

Лица, работающие в дневные смены, испытывают меньшую психоэмоциональную нагрузку, чем работающие посменно, за исключением медицинских сестер организаторов, что подтверждается также данными литературы. Так, Е.А. Лялюкова с соавт. выявили, что наиболее часто признаки синдрома хронической усталости отмечаются у средних медицинских работников, занимающих должность старших медицинских сестер отделений [16; 17]. В целом, уровень тревожности существенно не изменяется в зависимости от режима работы.

## **Заключение**

Медицинские сестры психиатрического профиля, проживающие в условиях Крайнего Севера, являются группой риска по развитию пси-

хосоматических расстройств и заболеваний, вследствие развития психоэмоционального напряжения, проявляющегося высоким уровнем тревожности. Наиболее часто наблюдается высокая личностная тревожность (36%), тогда как высокая ситуативная тревожность выявляется только в 19% случаев.

Этот факт позволяет думать о наибольшем влиянии на развитие психоэмоционального напряжения социальных факторов и условий проживания в климатической зоне Крайнего Севера.

Результаты исследования уровня тревожности у медицинских сестер психиатрического профиля позволяют сделать вывод о том, что для исключения гиперреактивных и склонных к депрессивным состояниям лиц, необходимо проводить психологические исследования данной группы населения на этапе профессионального отбора. Уже имеющиеся экстремальные влияния климатогеографической арктической зоны могут усиливать профессиональные негативные воздействия и социально-психологические факторы и способствовать развитию психосоматических расстройств и заболеваний. Эти возможные риски представляют опасность не только для личности женщин, осуществляющих обязанности медицинских сестер, но и для качества оказываемой медицинской помощи в конкретном подразделении здравоохранения или социальной службы. В процессе профессиональной деятельности необходимо проводить мониторинг психоэмоционального напряжения с помощью психологического тестирования инструментальными методами, не требующими высоких затрат времени.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Авхименко М.М.* Некоторые факторы риска труда медика // Медицинская помощь. 2003. № 2. С. 25—30.
2. *Авцын А.П., Жаваронков А.А., Марачев А.Г.* Патология человека на Севере. М.: Медицина, 1985. 416 с.
3. *Белишева Н.К.* Вклад высокоширотных гелиогеофизических агентов в заболеваемость населения Евро-Арктического региона // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 2 (48). С. 5—11.
4. *Белишева Н.К.* Эндогенная и экзогенная причинность заболеваемости на Севере // Адаптация человека к экологическим и социальным условиям Севера / Под ред. Е.Р. Бойко, А.А. Попова, Б.Т. Величковского, и др. Сыктывкар: Уральское отделение РАН, 2012. С. 73—83.
5. *Бойко Е.Р.* Физиолого-биохимические основы жизнедеятельности человека на Севере. Екатеринбург: Уральское отделение РАН, 2005. 190 с.
6. *Быков С.И., Назмутдинов А.Р., Романов Е.А.* Факторы риска синдрома «эмоционального сгорания» у студентов-медиков // Материалы международной конференции психиатров (16—18 февраля 1998 г., г. Москва). М.: Фармединфо, 1998. С. 240—241.

7. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2001. 554 с.
8. Завадская Т.С., Белишева Н.К., Калашикова И.В. Зависимость функционального состояния периферической крови человека от вариаций гелиогеофизических агентов в условиях Заполярья // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2012. Т. 14. № 5. С. 448—451.
9. Иванова Н.Н. Сведения о жирных кислотах в составе пищевых продуктов питания у северян // Адаптация человека на Севере: медико-биологические аспекты. Материалы Всероссийской молодёжной научно-практической конференции (3—4 декабря 2012 г., г. Архангельск). Архангельск: Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, 2012. С. 111—113.
10. Казначеев В.П., Панин Л.Е., Коваленко Л.А. Актуальные проблемы рационального питания пришлого населения Заполярья и аборигенов Севера // Вопросы питания. 1980. № 1. С. 23—27.
11. Короленко Ц.П. Варианты развития патологии на Крайнем Севере, связанные с нарушением психологической адаптации // Основные аспекты географической патологии на Крайнем Севере. Тезисы докладов Всесоюзной научной конференции (4—6 октября 1976 г., г. Норильск). Норильск, 1976. С. 29—30.
12. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л.: Наука, 1978. 271 с.
13. Короленко Ц.П., Бочкарева Н.Л., Соколов В.П. Психофизиологические и социальные аспекты адаптации на Крайнем Севере // Вестник Академии медицинских наук СССР. 1979. № 6. С. 19—23.
14. Короленко Ц.П., Соколов В.П. К вопросу эмоциональной напряженности и гипертензивных реакций // Шестой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов (16—20 декабря 1975 г., г. Москва). М., 1975. С. 347—349.
15. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: пер. с англ. / Под ред. В.П. Позняка. Киев: Сфера, 2001. 398 с.
16. Лялюкова Е.А., Евсеева Т.В., Романова Е.П., и др. Синдромы хронической усталости и эмоционального выгорания у медицинских сестер-организаторов и методы профилактики // Главная медицинская сестра. 2003. № 8. С. 99—104.
17. Лялюкова Е.А., Евсеева Т.В., Цыбульникова М.Н. О необходимости профилактики психологической дезадаптации у медицинских сестер разных специальностей // Главная медицинская сестра. 2002. № 10. С. 57—67.
18. Майстренко В.И. Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и степени удовлетворенности профессиональных потребностей учителей // Психологическая наука и образование. 2010. № 1. С. 21—30.
19. Милованов А.П. Адаптация малого круга кровообращения человека к условиям Севера. Новосибирск: Наука, 1981. 172 с.
20. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., и др. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8—45. DOI:10.17759/cpp.2020280202

21. Савельева Е.Н. Климакс: советы гинеколога. СПб.: Невский проспект, 2006. 160 с.
22. Соловьевская Н.Л., Терещенко П.С. Тревожность как критерий оценки психоэмоционального напряжения в условиях образовательного процесса на Крайнем Севере // Вестник уральской медицинской академической науки. 2019. Т. 16. № 2. С. 195—201. DOI:10.22138/2500-0918-2019-16-2-195-201
23. Хаснулин В.И. Здоровье, северный тип метаболизма и потребность рыбы в рационах питания на Севере // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири, труды по медицинской антропологии / Под ред. В.И. Харитоновой, В.Ф. Войцеха, В.Т. Манчука, и др. М.: Типография «Новости», 2009. С. 58—77.
24. Хаснулин В.И., Ефимова Л.П., Хаснулина А.В., и др. Обоснование норм здорового потребления обскими уграми рыбы с учетом требований северного типа обмена веществ. Методическое письмо. Новосибирск, 2007. 22 с.
25. Хаснулин В.И. Синдром полярного напряжения // Медико-экологические основы формирования, лечения и профилактики заболеваний у коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа: методическое пособие для врачей / Под ред. В.И. Хаснулина, В.Д. Вильгельма, М.И. Воеводы, и др. Новосибирск: Издательство Сибирского отделения РАН, 2004. С. 24—35.
26. Хаснулин В.И., Бойко Е.Р., Хаснулина А.В. Основы традиционных рационов питания коренных жителей Севера // Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера: материалы международной научно-практической конференции (29—30 сентября 2005 г., г. Ханты-Мансийск). Ханты-Мансийск: Издательский центр ХМГМИ, 2005. С. 265—267.
27. Юрьева Л.Н. Некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния врачей психиатров // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1999. № 5. С. 106—109.
28. Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 4. С. 91—97.
29. Юрьева Л.Н. Социально-психологические проблемы врачей-психиатров Украины // Вестник ассоциации психиатров Украины. 1998. № 1. С. 9—14.
30. Adamsson M., Laike T., Morita T. Seasonal variation in bright daylight exposure, mood and behavior among a group of office workers in Sweden [Электронный ресурс] // Journal of Circadian Rhythms. 2018. Vol. 16 (1). URL: <https://www.jcircadianrhythms.com/articles/10.5334/jcr.153/> (дата обращения: 10.03.2020). DOI:10.5334/jcr.153
31. Arendt J. Biological rhythms during residence in Polar regions // Chronobiology International. 2012. Vol. 29 (4). P. 379—394. DOI:10.3109/07420528.2012.668997
32. Javaras K.N., Pope H.G., Lalonde J.K., et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders // The Journal of Clinical Psychiatry. 2008. Vol. 69 (2). P. 266—273. DOI:10.4088/jcp.v69n0213
33. Kurlansik S.L., Ibay A.D. Seasonal affective disorder // American Family Physician. 2012. Vol. 86 (11). P. 1037—1041.

34. Langevin R., Ramdé J. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, seasonal photoperiods, nocturnal movements and diurnal agitation // Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012. Vol. 21 (1). P. 53—58.
35. Rosenthal N.E., Sack D.A., Gillin J.C., et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy // Archives of General Psychiatry. 1984. Vol. 41 (1). P. 72—80. DOI:10.1001/archpsyc.1984.01790120076010
36. Sourander A., Helstelä L., Helenius H. Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1999. Vol. 34 (12). P. 657—663. DOI:10.1007/s001270050189

## REFERENCES

1. Avkhimenko M.M. Nekotorye faktory riska truda medika [Certain risk factors of medical workers' labor]. *Meditsinskaya pomoshch' = Medical Aid*, 2003, no. 2, pp. 25—30.
2. Avtsyn A.P., Zhavaronkov A.A., Marachev A.G. Patologiya cheloveka na Severe [Human pathology in the North]. Moscow: Meditsina, 1985. 416 p.
3. Belisheva N.K. Vklad vysokoshirotnykh geliogeofizicheskikh agentov v zabolevaemost' naseleniya Evro-Arkticheskogo regiona [Contribution of high latitude heliogeophysical agents in the morbidity of the population in the Euroarctic region]. *Vestnik Ural'skoi meditsinskoi akademicheskoi nauki = Journal of the Ural Medical Academic Science*, 2014, no. 2 (48), pp. 5—11.
4. Belisheva N.K. Endogennaya i ekzogennaya prichinnost' zabolevaemosti na Severe [Endogenous and exogenous reasons for morbidity in the North]. In Boiko E.R., Popov A.A., Velichkovskii B.T., et al. (eds.) *Adaptatsiya cheloveka k ekologicheskim i sotsial'nym usloviyam Severa [Human adaptation to ecological and social conditions in the North]*. Syktyvkar: Ural'skoe otdelenie RAN, 2012, pp. 73—83.
5. Boiko E.R. Fiziologo-biokhimicheskie osnovy zhiznedeyatel'nosti cheloveka na Severe [Physiological and biochemical foundations of human vital activity in the North]. Ekaterinburg: Ural'skoe otdelenie RAN, 2005. 190 p.
6. Bykov S.I., Nazmutdinov A.R., Romanov E.A. Faktory riska sindroma "emotsional'nogo sgoraniya" u studentov-medikov [Risk factors of emotional burnout syndrome in medical students]. *Materialy mezhdunarodnoi konferentsii psikiatrov (16—18 fevralya 1998 g., g. Moskva) [Proceedings of the International conference of psychiatrists]*. Moscow: Farmedinfo, 1998, pp. 240—241.
7. Eliseev O.P. Praktikum po psikhologii lichnosti [Handbook of personality psychology]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 554 p.
8. Zavadsкая T.S., Belisheva N.K., Kalashnikova I.V. Zavisimost' funktsional'nogo sostoyaniya perifericheskoi krovi cheloveka ot variatsii geliogeofizicheskikh agentov v usloviyakh Zapolyar'ya [Dependence of human peripheral blood functional state on the variations of heliogeophysical agents in conditions of Polar regions]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk = Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences Bulletin*, 2012. Vol. 14 (5), pp. 448—451.
9. Ivanova N.N. Svedeniya o zhirnykh kislotakh v sostave pishchevykh produktov pitaniya u severyan [Data on fatty acids in the northerners' food]. *Adaptatsiya cheloveka na Severe: mediko-biologicheskie aspekty*. Materialy Vserossiiskoi

- molodezhnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (3—4 dekabrya 2012 g., g. Arkhangel'sk) [*Human adaptation in the North: medical and biological aspects*. Proceedings of the All-Russian scientific and practical conference for young scientists]. Arkhangel'sk: Severnyi (Arkticheskii) federal'nyi universitet im. M.V. Lomonosova, 2012, pp. 111—113.
10. Kaznacheev V.P., Panin L.E., Kovalenko L.A. Aktual'nye problemy ratsional'nogo pitaniya prishlogo naseleniya Zapolyar'ya i aborigenov Severa [Present-day problems of rational nutrition of newcomers and aborigines of the Arctic regions]. *Voprosy pitaniya = Problems of Nutrition*, 1980, no. 1, pp. 23—27.
  11. Korolenko Ts.P. Varianty razvitiya patologii na Krainem Severe, svyazannye s narusheniem psikhologicheskoi adaptatsii [Variations of pathology in the Far North linked to the disturbance in psychological adaptation]. *Osnovnye aspekty geograficheskoi patologii na Krainem Severe*. Tezisy dokladov Vsesoyuznoi nauchnoi konferentsii (4—6 oktyabrya 1976 g., g. Noril'sk) [*The main aspects of geographical pathology in the Far North*. Abstract book of the All-Union scientific conference]. Noril'sk, 1976, pp. 29—30.
  12. Korolenko Ts.P. Psikhofiziologiya cheloveka v ekstremal'nykh usloviyakh [Human psychophysiology in extreme conditions]. Leningrad: Nauka, 1978. 271 p.
  13. Korolenko Ts.P., Bochkareva N.L., Sokolov V.P. Psikhofiziologicheskie i sotsial'nye aspekty adaptatsii na Krainem Severe [Psychophysiological and social aspects of adaptation in the Far North]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR = Academia of the Medical Sciences of USSR Bulletin*, 1979, no. 6, pp. 19—23.
  14. Korolenko Ts.P., Sokolov V.P. K voprosu emotsional'noi napryazhennosti i gipertenzivnykh reaktsii [To the issue of emotional tension and reactions of hypertension]. *Shestoi vsesoyuznyi s'ezd nevropatologov i psikhiatrov*. Tezisy dokladov (16—20 dekabrya 1975 g., g. Moskva) [The 6<sup>th</sup> All-Union Conference of neuropathologists and psychiatrists. Abstract book]. Moscow, 1975, pp. 347—349.
  15. Poznyak V.P. (ed.) *Leksikony psikhiatrii Vsemirnoi Organizatsii Zdravookhraneniya* [The Lexicons of psychiatry by the World health organization]. Kiev: Sfera, 2001. 398 p. (In Russ.)
  16. Lyalyukova E.A., Evseeva T.V., Romanova E.P., et al. Sindromy khronicheskoi ustalosti i emotsional'nogo vygoraniya u meditsinskikh sester-organizatorov i metody profilaktiki [Chronic fatigue syndrome and emotional burnout in nurse managers and methods of their prevention]. *Glavnaya meditsinskaya sestra = Chief Nurse*, 2003, no. 8, pp. 99—104.
  17. Lyalyukova E.A., Evseeva T.V., Tsybul'nikova M.N. O neobkhodimosti profilaktiki psikhologicheskoi dezadaptatsii u meditsinskikh sester raznykh spetsial'nostei [On the necessity of prevention of psychological maladjustment in nurses of different profiles]. *Glavnaya meditsinskaya sestra = Chief Nurse*, 2002, no. 10, pp. 57—67.
  18. Maistrenko V.I. Relationship between the Burnout Syndrome and Satisfaction of Professional Needs among Teachers. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2010. Vol. 15 (1), pp. 21—30. (In Russ., abstr. in Engl.)
  19. Milovanov A.P. Adaptatsiya malogo kruga krovoobrashcheniya cheloveka k usloviyam Severa [Adaptation of human pulmonary circulation to the conditions of the North]. Novosibirsk: Nauka, 1981. 172 p.

20. Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Y., et al. Professional burnout, symptoms of emotional disorders and distress among healthcare professionals during the COVID-19 epidemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28 (2), pp. 8–45. DOI:10.17759/cpp.2020280202. (In Russ., abstr. in Engl.)
21. Savel'eva E.N. Klimaks: sovery ginekologa [Menopause: Gynecologist's advice]. Saint Petersburg: Nevskii prospekt, 2006. 160 p.
22. Solov'evskaya N.L., Tereshchenko P.S. Trevozhnost' kak kriterii otsenki psikhoemotsional'nogo napryazheniya v usloviyakh obrazovatel'nogo protsessa na Krainem Severe [Anxiety as a criterion for the assessment of psycho-emotional stress under the conditions of the educational process in the Extreme North]. *Vestnik ural'skoi meditsinskoi akademicheskoi nauki = Journal of Ural Medical Academic Science*, 2019. Vol. 16 (2), pp. 195–201. DOI:10.22138/2500-0918-2019-16-2-195-201
23. Khasnulin V.I. Zdorov'e, severnyi tip metabolizma i potrebnost' ryby v ratsionakh pitaniya na Severe [Health, the northern type of metabolism and need for fish in the rations in the North]. In Kharitonova V.I., Voitsekh V.F., Manchuk V.T., et al. (eds.) *Problemy sokhraneniya zdorov'ya v usloviyakh Severa i Sibiri, trudy po meditsinskoi antropologii* [The problems of maintaining health in the conditions of the North of Russia and Siberia. Handbook of Medical Anthropology]. Moscow: Novosti, 2009, pp. 58–77.
24. Khasnulin V.I., Efimova L.P., Khasnulina A.V., et al. Obosnovanie norm zdorovogo potrebleniya obskimi ugrami ryby s uchetom trebovaniy severnogo tipa obmena veshchestv. Metodicheskoe pis'mo [Substantiation of the norms of healthy consumption of fish by the Ob-Ugrian people considering the requirements of the northern type of metabolism. Guidelines]. Novosibirsk, 2007. 22 p.
25. Khasnulin V.I. Sindrom polyarnogo napryazheniya [The syndrome of Polar tension]. In Khasnulin V.I., Vil'gel'm V.D., Voevoda M.I., et al. (eds.) *Mediko-ekologicheskie osnovy formirovaniya, lecheniya i profilaktiki zabolevanii u korennykh naseleniya Khanty-Mansiiskogo avtonomnogo okruga. Metodicheskoe posobie dlya vrachei* [Medical and ecological foundations of the development, treatment and prevention of the diseases in the native people of the Khanty-Mansi Autonomous Area. Guidelines for doctors]. Novosibirsk: Russian Academy of Sciences Siberian Department Publ., 2004, pp. 24–35.
26. Khasnulin V.I., Boiko E.R., Khasnulina A.V. Osnovy traditsionnykh ratsionov pitaniya korennykh zhitel'ei Severa [The foundations of the traditional ratios of native peoples of the North]. *Mediko-sotsial'nye problemy korennykh malochislennykh narodov Severa: materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (29–30 sentyabrya 2005 g., g. Khanty-Mansiisk)* [Medical and social problems of the native peoples of the North: Proceedings of the International scientific and practical conference]. Khanty-Mansiisk: KhMGMI Publ., 2005, pp. 265–267.
27. Yur'eva L.N. Nekotorye kharakteristiki mental'nosti i emotsional'nogo sostoyaniya vrachei psikhiatrov [Certain characteristics of mentality and emotional state of psychiatrists]. *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii = Journal of Psychiatry and Medical Psychology*, 1999, no. 5, pp. 106–109.
28. Yur'eva L.N. Sindrom vygoraniya u sotrudnikov psikhiatricheskikh sluzhb: model' formirovaniya i masshtab problemy [Burnout syndrome in employees of

- the psychiatric services: developmental model and prevalence of the problem]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya = Social and Clinical Psychiatry*, 2004, no. 4, pp. 91—97.
29. Yur'eva L.N. Sotsial'no-psikhologicheskie problemy vrachei-psikhiatrov Ukrainy [Social and psychological problems of psychiatrists in Ukraine]. *Vestnik assotsiatsii psikhiatrov Ukrainy = Bulletin of the Association of Psychiatrists in Ukraine*, 1998, no. 1, pp. 9—14.
30. Adamsson M., Laike T., Morita T. Seasonal variation in bright daylight exposure, mood and behavior among a group of office workers in Sweden [Elektronnyy resurs]. *Journal of Circadian Rhythms*, 2018. Vol. 16 (1). Available at: <https://www.jcircadianrhythms.com/articles/10.5334/jcr.153/> (Accessed 10.03.2020). DOI:10.5334/jcr.153
31. Arendt J. Biological rhythms during residence in Polar regions. *Chronobiology International*, 2012. Vol. 29 (4), pp. 379—394. DOI:10.3109/07420528.2012.668997
32. Javaras K.N., Pope H.G., Lalonde J.K., et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2008. Vol. 69 (2), pp. 266—273. DOI:10.4088/jcp.v69n0213
33. Kurlansik S.L., Ibay A.D. Seasonal affective disorder. *American Family Physician*, 2012. Vol. 86 (11), pp. 1037—1041.
34. Langevin R., Ramdé J. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, seasonal photoperiods, nocturnal movements and diurnal agitation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2012. Vol. 21 (1), pp. 53—58.
35. Rosenthal N.E., Sack D.A., Gillin J.C., et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1984. Vol. 41 (1), pp. 72—80. DOI:10.1001/archpsyc.1984.01790120076010
36. Sourander A., Helstelä L., Helenius H. Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999. Vol. 34 (12), pp. 657—663. DOI:10.1007/s001270050189

### **Информация об авторах**

Соловьевская Наталья Леонидовна, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский центр медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» (НИЦ МБП КНЦ РАН), г. Апатиты, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>, e-mail: [silva189@mail.ru](mailto:silva189@mail.ru)

Терещенко Павел Сергеевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, Научно-исследовательский центр медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» (НИЦ МБП КНЦ РАН), г. Апатиты, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8966-3163>, e-mail: [tereshchenko\\_pash@mail.ru](mailto:tereshchenko_pash@mail.ru)

**Information about the authors**

*Natalia L. Solov'evskaia*, Junior Researcher, Research Centre for Human Adaptation in the Arctic — Branch of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences, Apatity, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>, e-mail: [silva189@mail.ru](mailto:silva189@mail.ru)

*Pavel S. Tereshchenko*, PhD in Medicine, Senior Researcher, Research Centre for Human Adaptation in the Arctic — Branch of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences, Apatity, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8966-3163>, e-mail: [tereshchenko\\_pash@mail.ru](mailto:tereshchenko_pash@mail.ru)

Получена 07.12.2020

Received 07.12.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

## **ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

*Холмогорова Алла Борисовна* — доктор психологических наук, профессор

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

*Гаранян Наталья Георгиевна* — доктор психологических наук, профессор

*Зарецкий Виктор Кириллович* — кандидат психологических наук, профессор

*Майденберг Эмануэль (США)* — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

*Польская Наталия Анатольевна* — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

*Филиппова Елена Валентиновна* — кандидат психологических наук, профессор

*Холмогорова Алла Борисовна* — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

*Шайб Питер (Германия)* — доктор естественных наук, психотерапевт

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

*Бабин Сергей Михайлович* — доктор медицинских наук, профессор

*Бек Джудит (США)* — доктор психологии, клинический профессор

*Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия)* — доктор психологических наук, профессор

*Кадыров Игорь Максумович* — кандидат психологических наук, доцент

*Карягина Татьяна Дмитриевна* — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

*Копьев Андрей Феликсович* — кандидат психологических наук, профессор

*Кехеле Хорст (Германия)* — доктор медицины, доктор философии, профессор

*Лэнгле Альфريد (Австрия)* — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

*Орлов Александр Борисович* — доктор психологических наук, профессор

*Осорина Мария Владимировна* — кандидат психологических наук, доцент

*Перре Майнрад (Швейцария)* — доктор психологии, почетный профессор

*Петренко Виктор Федорович* — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

*Петровский Вадим Артурович* — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

*Соколова Елена Теодоровна* — доктор психологических наук, профессор

*Сосланд Александр Иосифович* — кандидат психологических наук, доцент

*Тагэ Сэфик (Германия)* — доктор медицины, психолог

*Шелкова Ольга Юрьевна* — доктор психологических наук, профессор

## Требования к материалам, предоставляемым в редакцию<sup>1</sup>

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: [moscowjournal.cpt@gmail.com](mailto:moscowjournal.cpt@gmail.com)

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: [http://psyjournals.ru/files/69274/references\\_transliteration\\_rules.pdf](http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf)

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате \*.eps или \*.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

## Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям ([http://psyjournals.ru/info/homestyle\\_guide/article\\_requirements.shtml](http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml)) является основанием для отправки материала на доработку автору.

---

<sup>1</sup> С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: [http://psyjournals.ru/info/homestyle\\_guide/index.shtml](http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml)