

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY**

Научно-практический журнал
Основан в 1995 году

№ 2 (36), 2016 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР В.А. Абрамов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.В. Абрамов (ответственный секретарь), И.А. Бабюк, Р.А. Грачев, Л.К. Максимов (Россия), Г.С. Рачкаускас (ЛНР), Т.Л. Ряполова (заместитель главного редактора), В.В. Свиридова, С.В. Титиевский.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ю.А. Александровский (Россия), Б.А. Богданов, О.Н. Долгошапка, В.Г. Заика (Россия), Д.В. Плотников (Россия), Б.С. Положий (Россия), Е.В. Прохоров, В.А. Солдаткин (Россия).

Ответственный за выпуск: Т.Л. Ряполова

Основатель и издатель:

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Периодичность издания: 4 раза в год.

Свидетельство о государственной регистрации печатного средства массовой информации
КВ № 15891-4363 ПР от 13.11.2009г.

Рекомендовано к изданию Ученым советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № 7 от 29.10.2016г.).

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.

Тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

3 CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Абрамов В.А., Рыполова Т.Л., Абрамов А.В.** 4 *Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V.* Stereotypical attitudes and myths about patients with mental disorders
- Стереотипные представления и мифы о больных с психическими расстройствами**
- Титиевский С.В., Воеводина В.С., Черепков В.Н., Волобуев В.В., Кравчук А.В.** 12 *Titievsky S.V., Voyevodina V.S., Cherep-kov V.N., Volobuyev V.V., Kravchuk A.V.* Non-psycho-otic mental disorders of the period of fighting in the Donbass: clinical and psychological assessment of hospitalizations
- Непсихотические психические расстройства в период ведения боевых действий в Донбассе: клинико-психологическая оценка случаев госпитализаций**
- Абрамов В.А., Жигулина И.В., Абрамов В.А., Грачев Р.А.** 19 *Abramov V.A., Zhigulina I.V., Abramov V.A., Grachev R.A.* Features of empathic communication, rationalization of subjective perception and tolerance to the patients with mental disorders
- Особенности эмпатических коммуникаций, рационализации субъективных представлений и толерантного отношения к больным с психическими расстройствами**
- Рыполова Т.Л., Тахташова Д.Р.** 27 *Ryapolova T.L. Takhtashova D.R.* Coping strategies and personality potential in extreme life situations (part II)
- Копинг-стратегии и личностный потенциал в экстремальных жизненных ситуациях (часть II)**
- Соловьёва М.А.** 37 *Solovyova M.A.* Psychotherapy, psycho-prevention and mental hygiene of neurotic disorders in employees of financial and credit institutions
- Психотерапия, психопрофилактика и психогигиена невротических расстройств у сотрудников финансово-кредитных учреждений**
- Бабюк И.А., Фирсова Г.М., Побережная Н.В., Ракитянская Е.А.** 43 *Babiuk I.A., Firsova G.M., Poberejnaya N.V., Rakityanskaya E.A.* Correction of the psychosomatic disorders in patients with blast trauma and burn trauma
- Коррекция психосоматических расстройств при взрывной травме и ожоговых поражениях.**

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

- Проценко О.А., Горбенко Ал.С.** 47 *Protsenko O.A., Gorbenko A.S.* Psycho-vegetative and somatic disorders in patients with allergodermatoses in a combat zone
- Психовегетативные и соматические расстройства у пациентов с аллергодерматозами, проживающих в зоне боевых действий**
- Коваленко С.Р.** 50 *Kovalenko S.R.* Self-efficacy of the person in extreme conditions of life
- Самоеффективность личности в экстремальных условиях жизнедеятельности**

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

- Абрамов В.А.** 56 *Abramov V. A.I.* Stigma and self-stigmatization in patients with schizophrenia as a priority problem of psychiatry
- Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией как приоритетная проблема психиатрии**
- Бойченко А.А.** 62 *Boychenko A.A.* Methodological approaches to assessment of victimization mechanism of patients with schizophrenia
- Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией**
- Мельниченко В.В.** 73 *Melnichenko V.V.* Psychological and psychiatric aspects of the phenomenon of learned helplessness
- Психолого-психиатрические аспекты феномена выученной беспомощности**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-89-008-053/058:159.954

*Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В.***СТЕРЕОТИПНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И МИФЫ О БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стереотипы, мифы, психические расстройства

Основу коммуникативного механизма формирования общественного мнения составляет процесс стереотипизации как один из механизмов социального восприятия [1, 2]. Стереотип – это стандартизованный, устойчивый, эмоционально насыщенный образ, сформированный на основе неспособности использовать корректные стандарты мышления или стандартные рациональные схемы и подмена их иррациональными когнициями. В основе всех стереотипов лежит исходное допущение о том, что все, кто принадлежит к одной и той же специфической категории или группе, проявляют сходное поведение и обладают сходными аттитюдами.

Сложившиеся в обществе стереотипные представления и суждения о психически больных людях обозначаются понятием «миф». Это понятие отличается обобщенностью, не учитывающей возможных различий, и отражает отношение к категории душевнобольных как к «чужим». Содержащаяся в мифах противоположная по значению информация при определенных условиях в индивидуальном и общественном сознании приобретает негативный контекст. Эволюционно сложившееся обобщенное обозначение психически больного как «безумного» начинает ассоциироваться с понятиями иррационального, неполноценного, опасного, что способствует защитному «вытеснению» этой категории людей из жизни общества. Проекция отрицательных качеств на образ психически больного, как представителя табуированной, маргинальной категории облегчается тем, что многие больные в какой-то степени демонстрируют чувства и способы поведения, обычно подавляемые здоровым человеком. Создаваемый согласно этой схеме образ психически больного делает его дистанцирование «психологически понятным» в конкретном личностном и социальном контексте [3-5].

Многие исследователи отмечают, что отношение к психически больному соответствует содержанию применяемых к нему мифов. «Миф» в данном контексте – какое-либо стереотипное суждение о психически больных, сложившееся в данном обществе. Анализ полученных в разных странах данных показал большое разнообразие мифов о душевнобольных внутри каждой культуры и их различную трактовку, свойственную разным культурным группам [6-9]. Так, большинство жителей США оценивают больных с психозами более негативно, чем представителей национальных и сексуальных меньшинств, преступников, людей с алкогольной и наркотической зависимостью и страдающих слабоумием. Небогатая отечественная литература по обсуждаемой проблеме свидетельствует о том, что мнение о пациентах психиатрических служб неоднозначно. Наряду с восприятием их как обладателей негативных черт они часто расцениваются как оригинальные или достойные сочувствия люди. Жители Индии и Китая склонны приписывать психически больным положительные качества. При этом у представителей многих культур нередко отмечается несоответствие высказываемых суждений о больных и реального отношения к ним [8].

Свойства мифа как структурной единицы бессознательного включают в себе еще один аспект стигматизации людей с психиатрическим диагнозом. Дело в том, что функционально миф содержит схему, по которой преобразуется получаемая человеком информация. Вследствие этого человек не осознает содержания мифа, постоянно воспроизводя его в своем поведении. Содержание мифов социума задается иерархией ценностей рода, а у индивида оно корректируется и личным опытом [10].

Как видим, мифы о психически больных и отношение к ним членов общества не связаны

прямо, но имеют общие корни в индивидуальном развитии и общественной жизни конкретной личности. Тенденция разобщения окружающих с психически больным становится понятной из анализа природы мифа, связанной с его амбивалентностью. Основной части официальной культуры соответствует «правильная» («правилосообразная») часть мифов. На ее основе построен образ «правильного», непротиворечивого мира, которому можно доверять. Содержащаяся в мифах противоположная по значению информация вытесняется при переводе на сознательный уровень как «неправильная», плохая. Ее проявления табуируются не только в поведении, но и в общественном и социальном сознании [11]. Древнее обобщенное обозначение психически больного «безумный» ассоциируется с неправильностью и иррациональностью. Это способствует присвоению психически больным содержания вытесняемой части мифов и защитному «вытеснению» этой категории людей из жизни общества. Другой важный аспект проблемы стигматизации - содержание суждений о психически больных в сознании конкретного человека. В мифе пара антонимов содержится в виде общего родового качества. С учетом высокого коэффициента их ассоциативной связанности есть основания предполагать, что существенные для данной личности положительные качества всегда имеют близкие по значимости противоположные качества. Они проецируются на представителей какой-либо табуируемой, маргинальной категории. Категория психически больных соответствует этим критериям. Проекция отрицательных качеств на образ психически больного облегчается тем, что многие больные в какой-то степени демонстрируют чувства и способы поведения, обычно подавляемые простым человеком [12]. То есть, существующие в обыденном сознании мифы не являются абсолютно безосновательными и очень стойкими. Созданный согласно этой схеме образ психически больного делает его дистанцирование «психологически понятным» в конкретном личностном и социальном контексте.

Согласно регуляционной теории личности J. Reukowski (цит. А. Якубик [13]), индивидуум, воспринимаемый окружающими искаженно, через миф, получает от них не соответствующие его ожиданиям реакции, препятствующие исполнению принятой им программы деятельности (социальные ограничения). Это в свою очередь повышает эмоционально-мотивационное напряжение, которое личность снижает, задействуя

механизмы психологической защиты или их патологические эквиваленты (невротические симптомы, психопатические формы поведения, психотические феномены). Такого рода личностные реакции, определяя ответ больного на стигматизацию, естественно, влияют как на клиническую картину заболевания, так и на личность больного в целом. Это соответствует наблюдениям многих авторов [14-15], отметивших, что под влиянием ситуационно обусловленного длительного психического напряжения даже у изначально здоровых людей происходит развитие и постепенное углубление психической дезадаптации вплоть до пограничных, а затем и психотических расстройств.

В соответствии с теорией В.Н. Мясищева, содержание мифов и отношение к больным можно считать когнитивными и эмоциональными компонентами внутреннего образа психически больного, связь между которыми опосредована многими факторами. Информационным источником для образования мифов являются религиозные и научные представления прошлого и настоящего [20,21]. Усвоение большей части мифов происходит в детстве и юности, как правило, косвенно (R. Nighat). Информация не оформляется в сознании в качестве характеристики душевнобольных как таковой, однако эмоционально окрашена. В соответствии с теорией Дж. Брунера о «готовности категории» предполагается избирательное отнесение объекта к какой-либо категории на основании определенных признаков, позже это определяет избирательность усвоения информации (в данном случае о пациентах психиатра). Этот процесс является неосознанным и неконтролируемым. Важным проявлением категоризации служит то, что при информированности большинства людей о существовании различных психических заболеваний отношение населения к психически больным обобщенное, без учета возможных различий между ними [22,23]. Более того, к подобному обобщению склонны и информированные о психических болезнях работники психиатрических служб. Отношение к представителям категории душевнобольных как «чужих» основывается на эмоциональной окраске усвоенных мифов. Окончательно оно складывается под влиянием личного жизненного опыта, а также как самопроизвольного, так и целенаправленного формирования, продиктованного культурными и общественно-политическими запросами общества. Исходя из этого, становится понятной зависимость отношения окружающих к психически

больным от социодемографических характеристик членов общества [24-26]. Например, были выявлены факты более терпимого отношения к психически больным у лиц с более высоким профессиональным уровнем [27-29]; обнаружена положительная корреляция между образованием и толерантностью [29]. Было установлено, что склонность к стигматизации психически больных связана с определенным этническим происхождением респондентов, наличием у них маленьких детей, полом и образованием. Однако данные разных исследователей по всем этим факторам значительно расходятся.

Так, например, I.F. Brockington [29] установил, что лица, имеющие детей, более положительно относятся к психически больным; G. Wolff [31,32] выявил, что у таких людей больше выражены страх и отвержение по отношению к этим больным. Общая закономерность, подтвержденная данными большинства исследователей: чем моложе респондент и чем выше его образование, тем большую толерантность по отношению к психически больным он демонстрирует.

Существуют попытки выделить психологические и другие особенности, присущие предубежденным людям, то есть выявить обобщенный портрет стигматизатора. N.W. Adorno и его коллеги [33] выделяют следующие черты предубежденных людей: они не переносят неопределенности, придерживаются ригидных авторитарных взглядов, враждебно настроены по отношению к другим группам. В других исследованиях [34] не обнаруживается связь с «консерватизмом взглядов», однако отмечена корреляция с «циничным мировоззрением». М.М. Кабанов [35] связывает стремление стигматизировать с наличием поведенческих, когнитивных и эмоциональных слабых мест у обычных людей, которые побуждают их стигматизировать психически больных. Автором было выделено три независимых фактора - источника мотивации респондентов и определены их эмпирические индикаторы: потребность респондента в сохранении удовлетворительных условий своей жизни (страх возможного вмешательства девиантов в их жизнь), потребность в сохранении нормального уровня функционирования (страх снижения своего интеллектуального уровня) и потребность респондента в сохранении своей эмоциональной стабильности (опасение эмоционального срыва).

Социальные мифы как формы массового переживания посредством чувственно-наглядных

образов выступают в качестве средств психологической защиты и структурирования повседневных коммуникаций. Наряду с принимаемыми на веру без критического осмысления мифами, стереотипы схематизируют воспринимаемую реальность, упрощая (атрибутируя) ее до несущественных характеристик и предлагают искаженное представление о психически больных людях как социальных субъектах интеракций.

В современной социальной психологии атрибуция расценивается как один из основополагающих механизмов восприятия, реализация которого позволяет воспринимаемую реальность содержательно и системно увязать с личностным опытом конкретного человека, и системой его смысловых и ценностных установок. Суть атрибуции заключается в наделении людей качествами, которые не могут быть результатом социальной перцепции, поскольку не присутствуют в явном виде во внешнем, доступном наблюдателю поведении, а атрибутируются (приписываются) им [36, 37]. Атрибуция (каузальная атрибуция) – это попытка интерпретировать социальный объект, понять его поведение в условиях дефицита информации путем домысливания. Понятие каузальной атрибуции охватывает приписывание («додумывание») объекту восприятия (пациенту) ряда свойств и качеств, на самом деле ему несвойственных. Поэтому у большинства людей высок риск существенного искажения в субъективном восприятии истинных побудительных мотивов и содержательных личностных характеристик больного с психическими расстройствами, а также вероятных причин его девиантного поведения. При этом сфера приписывания негативных особенностей может охватывать не отдельного пациента, а на основе группового членства – контингент больных с психическими расстройствами.

Феномен атрибуции отчетливо проявляется в комментариях средств массовой информации относительно возможных девиантных поступков больных и причин резонансных убийств. В них, как правило, отвергаются системные и ситуационные причины такого поведения, связанные с особенностями жизнедеятельности больного и выдвигаются диспозиционно обусловленные стереотипные утверждения, касающиеся психических, т. е. связанных с болезнью механизмов («фундаментальная ошибка атрибуции»). Происходит приписывание пациенту вероятных (а не абсолютных) черт личности и причин его поведения. Тем самым нередко создается стереотип восприятия, препятствующий адекватной

оценке пациента. Такая интерпретация со своеобразным достраиванием информации в контексте устоявшихся негативных психиатрических

стереотипов лежит в основе общественного мнения о психически больных и необходимости ограничительных мер, контроля и санкций.

Материал и методы исследования

С позиций социальных коммуникаций, как смыслового аспекта социального взаимодействия [38], процесс формирования общественного мнения о больных с психическими расстройствами включает ряд конкретных механизмов социального восприятия: рационализация, стереотипизация, (каузальную атрибуцию и мифологизацию), формирование предубеждений, эмпатию, толерантность и дискриминацию. Исходя из этого, нами была проведена интегративная оценка социально-психологических механизмов, формирующих общественное мнение о людях с психическими расстройствами. Использовался специально разработанный опросник, включавший 80 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам коммуникативного процесса, обеспечивающего взаимодействие здоровых людей с психически больными. Проблемная ситуация, относительно которой высказывалось общественное мнение, была представлена различными составляющими обобщенного образа человека с психическими расстройствами. В качестве коллективного субъекта оценочных суждений (общественного мнения) выступала группа респондентов в количестве 400 человек, разделенных на группу в целом (ГРЦ) и три подгруппы:

- врачи психиатры (ВП) – 60 чел.,
- врачи других специальностей (ВДС) – 90 чел.,
- представители немедицинских специальностей (ПНМС) – 250 чел.

Таким образом, результаты опроса позволили провести анализ коллективных суждений (утверждений) у контингента людей, постоянно, на

профессиональном уровне, контактирующих с психически больными, у медицинских работников, не имеющих отношения к различным видам психиатрического вмешательства и в референтной группе, являющейся профессионально независимым источником формирования общественного мнения о людях с психическими расстройствами.

При конструировании опросника учитывалось, что практически каждый феномен человеческого взаимодействия имеет коммуникативную природу и может быть рассмотрен и описан в категориях социальной коммуникации. Следовательно, и общественное мнение имеет коммуникативную природу, а способом его существования (одобрения или неодобрения образа человека с психическим расстройством) является социальная коммуникация.

Содержание опросника давало возможность оценить особенности и частоту использования респондентами следующих социально-психологических феноменов, структурирующих процесс формирования общественного мнения:

- стереотипные представления о больных с психическими расстройствами;
- предубеждения в отношении когорты людей с психиатрическим диагнозом;
- негативные социальные тенденции (дискриминация) по отношению к этому контингенту больных;
- феномен эмпатии;
- рационализация субъективных представлений о психически больных;
- феномен толерантного отношения.

Результаты исследования и их обсуждение

Удельный вес опрошенных, разделяющих стереотипные негативные представления и мифы о больных с психическими расстройствами, приведен в таблице 1.

Анализ этих данных свидетельствует о том, что негативные стереотипы и мифы о больных с психическими расстройствами занимают заметное место в общественном сознании населения. К стереотипам, в том числе обуславливающим дискриминационные действия по отношению к психически больным, можно отнести такие часто встречающиеся утверждения, как «такие люди

некомпетентны, им нельзя доверять», «всех людей с психическими расстройствами, которые не понимают, что больны, нужно лечить принудительно», «психически больной человек не может сам понимать, что для него лучше, поэтому все его судьбоносные вопросы должны решать в обществе», «ради безопасности общества можно пожертвовать свободой отдельного пациента».

Подавляющее большинство респондентов всех групп считают возможным выздоровление от психического расстройства. При этом 67% ВП и 27% ВДС согласны с утверждением «как

правило, психически больные не хотят лечиться». По-видимому, это, с одной стороны, отражает существующее в обществе преимущественно негативное отношение к обращению за психиатрической помощью, с другой – возмож-

ность спонтанного выздоровления без использования медикаментозных средств. Об этом же свидетельствует и значительный удельный вес опрошенных, считающих вредным прием психотропных препаратов.

Таблица 1

Распределение респондентов, разделяющих стереотипные негативные представления и мифы о больных с психическими расстройствами (%)

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
Поведение психически больных часто необъяснимо с точки зрения здравого смысла	72,0	66,0	73,0	77,0
Психически больной человек, как правило, замечен в толпе своим нелепым видом и поведением	36,0	53,0	32,0	23,0
Психиатрический диагноз недостоверен и субъективен	21,0	26,0	4,0	32,0
Психически больной человек не может выздороветь	20,0	20,0	27,0	14,0
Психические заболевания передаются по наследству	68,0	100,0	68,0	36,0
Как правило, психически больные не хотят лечиться	53,0	33,0	54,0	73,0
Прием психиатрических препаратов может даже из психически здорового человека сделать неизлечимо психически больного	54,0	20,0	54,0	87,0
Психически больные совершают значительно больше преступлений, чем здоровые люди	36,0	6,0	59,0	45,0
Всех людей с психическими расстройствами, которые не понимают, что больны, нужно лечить принудительно	56,0	46,0	59,0	64,0
Психически больной человек не может сам понимать, что для него лучше, поэтому все его судьбоносные вопросы должны решать в обществе	45,0	13,0	73,0	50,0
Такие люди некомпетентны, ненадежны, им нельзя доверять	65,0	40,0	55,0	90,0
Ради безопасности общества можно пожертвовать свободой отдельного пациента	55,0	73,0	73,0	50,0

Некоторые стереотипы значительно чаще встречаются у лиц, не имеющих отношения к оказанию психиатрической помощи. В частности, достоверно чаще в этих группах поддерживались утверждения, характеризующие психически больных как людей некомпетентных, когнитивно уязвимых и не пользующихся доверием ($p < 0,05$). В этих же группах доминировали представления, игнорирующие возможность личного участия больного в решении его судьбоносных вопросов и отражающие необходимость широкого использования принудительных форм психиатрической помощи. Такие утверждения можно рассматривать с позиции живучести патерналистических форм взаимодействия с психически больными (забота, опека), недооценки различных форм реабилитационного сотрудничества, способствующего самоактуализации больных, а также ущемления прав пациента, в т. ч. права на добровольность медицинской помощи.

К доминирующим стереотипам в группе респондентов немедицинских профессий относятся утверждения о необъяснимости поведения психически больных с точки зрения здравого смысла (77%), о нежелании больных обращаться за медицинской помощью (73%), а также об уверенности в неэффективности психотропных средств (87%). 45% представителей немедицинских и 59% медицинских специальностей (кроме врачей-психиатров) считают, что психически больные люди совершают значительно больше преступлений, чем здоровые люди, в то время как 94% врачей психиатров имеют противоположную точку зрения.

Однако и представления врачей психиатров также насыщены негативными стереотипами, заслоняющими собой индивидуальные, в т.ч. здоровые стороны личности пациентов и их потенциальные возможности. В частности, образ психически больных в сознании 66% респондентов преломляется в контексте «поведения,

необъяснимого с точки зрения здравого смысла», у 100% – абсолютизации наследственной обусловленности психических расстройств, у 53% опрошенных – нелепого и неадекватного поведения, у 73% – предпочтения интересов общества над интересами конкретного пациента. Это свидетельствует о недостаточной гуманистической ориентации врачей-психиатров, а также об их приверженности медико-биологическим моделям психических расстройств, не учитывающим личностно-социальных измерений пациента.

С другой стороны, 80% ВП допускают возможность выздоровления при психических расстройствах, а 94% специалистов не считают, что психически больные совершают больше преступлений, чем здоровые люди (в других группах аналогично ориентированных респондентов значительно меньше – соответственно 41% и 55%, $p < 0,05$). По-видимому, такие различия связаны с определенным клиническим опытом врачей-психиатров, позволяющим преодолевать устоявшиеся в обществе стереотипы о неблагоприятной динамике психических расстройств и повышенной социальной опасности пациентов, у которых они диагностируются.

На основании теоретико-аналитического подхода к изучению механизмов формирования общественного мнения о больных с психическими расстройствами и в соответствии с концептуальными представлениями о социальных стереотипах нами выделены наиболее характерные особенности психиатрических стереотипов в отношении этой категории пациентов:

- идентификационной характеристикой стереотипных представлений о психически больном, как схематизированной, эмоционально окрашенной и чрезвычайно устойчивой ментальной категории, является принадлежность пациента к определенной группе людей, которые по своим личностным и поведенческим особенностям существенно отличаются от «нормальных» (поляризация представлений о здоровых – нормальных и больных «других», «инаковых»);

- эти стереотипы недостоверны, не имеют особых доказательств и логических построений; конкретному человеку приписываются черты, которыми он должен обладать лишь из-за своей принадлежности к специфической группе больных (принцип группового членства); как феномены, насыщенные негативной информацией, они искажают видение социальной реальности и препятствуют полному и адекватному взаимопониманию между людьми;

- стереотипы формируются не на основе лич-

ного опыта, а приобретаются в процессе общения, от средств массовой информации; они используются как набор жестких допущений относящихся ко всему контингенту (когорте) психически больных, независимо от индивидуальных различий или свидетельств об обратном; являясь составляющей Я-концепции большинства людей, они не берутся под сомнение, напротив, подкрепляются периодически сенсационной информацией о делинквентных формах поведения и криминогенных поступках больных;

- стереотипы очень живучи, резистентны к опровергающей их информации, оказывают существенное влияние на коммуникативное поведение, сопровождаются ожиданиями аномального поведения и непредсказуемых действий со стороны больных;

- психиатрические стереотипы потенциально дискриминационны и являются основой для формирования предубеждений в отношении больных с психическими расстройствами как объектов стереотипизации.

Таким образом, стереотипы в психиатрии – это санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных с психическими расстройствами или проекция отрицательных качеств на образ психически больного с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к этой категории больных. Эти стереотипы можно трактовать как мысли человека (индивидуальные стереотипы) или сообщества (социальные стереотипы) и личностные качества определенной группы людей. Однако из-за чрезмерного обобщения и неточности эти мысли приобретают свойства убеждений и ценностных ориентаций.

Процесс формирования негативных стереотипных представлений (заблуждений) о психически больных людях и отнесение их к определенному классу («маркировка», «приклеивание ярлыка») сопровождается последующим приписыванием им всех качеств, относящихся к стереотипным представлениям о классе. Стереотипы, относящиеся к больным с психическими расстройствами, характеризуются упрощенностью оценок и обобщений, неверифицированностью, выраженной эмоциональной окраской, чрезмерной категоризацией и генерализацией негативных оценок («все они одинаковые»), активным противодействием изменениям стереотипов.

Наиболее распространенные формы стереотипизированных социальных представлений о ка-

теории психически больных лиц включают: а) тенденцию максимизировать воспринимаемые различия между группами здоровых (нормальных) и больных («инаковых»); б) идентификацию

пациентов с позиций осуждения и социального исключения; в) миф о тесной корреляции стигматизированных групп с признаками агрессивного, латентного или девиантного поведения.

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В.

СТЕРЕОТИПНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И МИФЫ О БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стереотипы, мифы, психические расстройства

В статье представлены результаты опроса различных категорий людей на предмет наличия у них стереотипных негативных представлений и мифов о больных с психическими расстройствами. Анализ этих данных свидетельствует о том, что негативные стереотипы и мифы о психически больных занимают заметное место в общественном сознании населения. Авторы определяют стереотипы в психиатрии как санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных с психическими расстройствами или проекция отрицательных качеств на образ психически больного с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к этой категории больных. Эти стереотипы трактуются как мысли человека (индивидуальные стереотипы) или сообщества (социальные стереотипы) и личностные качества определенной группы людей. Выделены наиболее распространенные формы стереотипизированных социальных представлений о категории психически больных лиц: тенденция максимизировать воспринимаемые различия между группами здоровых (нормальных) и больных («инаковых»); идентификация пациентов с позиций осуждения и социального исключения; миф о тесной корреляции стигматизированных групп с признаками агрессивного, латентного или девиантного поведения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 4-11).

Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V.

STEREOTYPICAL ATTITUDES AND MYTHS ABOUT PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Keywords: stereotypes, myths, mental disorders

The article presents the results of a survey of different categories of people to determine their stereotypical negative perceptions and myths about mental patients. Analysis of these data shows that the negative stereotypes and myths about mentally ill have a significant place in the public consciousness of the population. The authors define stereotypes in psychiatry as sanctioned by society extremely persistent, irrational, not empirically proven negative perceptions about patients with mental disorders or the projection of negative qualities to the image of mentally ill to their identification with the the marginal personality and decrease of the tolerance to this category of patients. These stereotypes are treated as human thought (individual stereotypes) or community (social stereotypes) and personal qualities of a certain group of people. We select the most common forms of stereotyped social ideas about categories of patient with mental disorders: a tendency to maximize the perceived differences between the healthy group (normal) and patients ("otherness"); identification of patients from the point of conviction and social exclusion; the myth of the close correlation of stigmatized groups with signs of violent, latent or deviant behavior. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 4-11).

Литература

1. Свистунова Г.Н. Стигмированные идентичности: возможности социологического анализа / Г.Н. Свистунова // *Методология, теория та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства: Збірник наукових праць.* - Харків: Видавничий центр Харківського національного університету, ім. В.Н. Каразіна. - 2003. - С. 592-595.
2. Кравченкова Г.Н. Стигматизация в контексте современных теорий коммуникации (обзор зарубежных теорий). *Збірник наукових праць. У 2-х т. / Г.Н. Кравченкова / Методология, теория та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства:* - Харків: Видавничий центр Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. - 2006. - Т. 1. - С. 194-199.
3. Скорик А.И. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества / Л.И. Скорик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина // *Социальная клиническая психиатрия.* - 2009. - Т. 19. - Вып. 3. - С. 31-36.
4. Свердлов Л.С. Проблема сотрудничества в психиатрии и психиатрическая мифология / Л.С. Свердлов, А.И. Скорик // *Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств.* - СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психо-неврологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. - С. 271-279.
5. Липпман У. Общественное мнение / У. Липпман.; пер. с англ. Т.В. Барчиновой. - М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2004. - 384с.
6. Положий В.С. Психическое здоровье как отражение социального состояния общества. / В.С. Положий // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* - 1993. - № 4. - С. 6-11.
7. Burne P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Burne // *Advances in Psychiatric Treatment.* - 2000. - Vol. 6. - P. 65-72.
8. Семин И.П. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным / И.П. Семин // *В кн.: Руководство по социальной психиатрии.* - М., 2001. - С. 73-93.
9. Green D.E. Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on / D.E. Green, I.A. McCormik, F.H. Walkey [et al.] // *Social Science Medicine.* - 2000. - Vol. 23. - P. 417-422.
10. Улыбина У.В. Психология обыденного сознания / У.В. Улыбина. - М., 2001. - 263с.
11. Орбан П.О. Энциклопедия глубинной психологии / П.О. Орбан. - М., 1998. - Вып. 1. - С. 532-568.
12. Hughes P. Stigmatisation as a survival strategy / P. Hughes. - *Intrapsychic mechanisms,* 2001. (URL: <http://www.stigma.org/everyfamily/phughes.html>).
13. Якубик А. Истерия. Методология, теория, психопатология / А. Якубик. - М., 1982.
14. Белинская Е.П. Социальная психология / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. - М.: Аспект Пресс, 2003. - 475с.
15. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психологические расстройства / Ю.А. Александровский; под ред. Т.Б. Дмитриевой // *В кн.: Руководство по социальной психиатрии.* - М., 2001. - С. 177-193.

16. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. - М., 1987.
17. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия. - М., 1977.
18. Чудновский В.С. Пути и перспективы изучения самосознания при психических болезнях / В.С. Чудновский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 1992. - № 1. - С. 19-31.
19. Пхиденко С.В. Феноменология инсайта в клинике шизофрении / С.В. Пхиденко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 1995. - № 2. - С. 43-54.
20. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен; пер. И.Я. Сапожниковой. - М., 2001. - 215с.
21. Brune P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Brune // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2000. - Vol. 6. - P. 65-72.
22. Crisp A.H. Stigmatisation of people with mental illnesses / A.H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // *British Journal of Psychiatry*. - 2000. - Vol. 177. - P. 4-7.
23. Семин И.Р. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи): автореф. дисс... док. мед. наук / Семин И.Р. - М., 1995. - 28 с.
24. Bhugra D. Attitudes towards mental illness / D. Bhugra // *Acta Psvic Watrica Scandina*. - 1989. - Vol. 180. - P. 1-12.
25. Littlewood R. Cultural variation in the stigmatization of mental illness / R. Littlewood // *Lancet*. - 1998. - № 43. - P. 1056-1057.
26. Maclean U. Community attitudes to mental illness in Edinburg / U. Maclean // *British Journal of Preventive and Social Medicine*. - 1969. - Vol. 23. - P. 45- 52.
27. Dohrenwend B.P., Ching-Song E. Social status and attitudes towards psychological disorders: the problem of tolerance of deviance / B.P. Dohrenwend, E. Ching-Song // *American Sociological Review*. - 1967. - Vol. 32. - P. 417-433.
28. Taylor M.S., Dear M.J. Scaling community attitudes toward the mentally ill / M.S. Taylor, M.J. Dear // *Schizophrenia Bulletin*. - 1981. - Vol. 7. - P. 225-240.
29. Brockington I.F., Hall P.H., Levings J. The community's tolerance of the mentally ill British / I.F. Brockington, P.H. Hall, J. Levings // *Journal of Psychiatry*. - 1993. - Vol. 162. - P.93-99.
30. Wolff G. Community Knowledge of mental illness and Read to Mentally ill People / G. Wolff // *British Journal of Psychiatry*. - 1996. - P.191-198.
31. Wolff G. Public education for community care: a new approach / G. Wolff, S. Pathare, T. Craig [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. - 1996. - Vol. 168. - P. 441-447.
32. Adorno T.W.. Authoritarian Personality / T.W. Adorno D.J. Frenkyl-Brunswick, D.J. Levinson [et al.] - New York- Harper and Row, 1950.
33. Crandal C.S., Cohen C. The personality of stigmatizer: cultural works view cibvebtuibakusn and self-esteem / C.S. Crandal, C. Cohen // *Journal of Research of Personality*. - 1994. - Vol. 28. - P. 461-480.
34. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // *Обозрение психиатрии и мед. психологии*. - 2000. - № 1. - С. 3-8.
35. Налчаджан А. Атрибуция, диссонанс и социальное познание / А. Налчаджан. - М.: Когито-центр, 2006. - 415с.
36. Келли Г. Процесс каузальной атрибуции / Г. Келли; под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской // *Современная зарубежная социальная психология*. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - С. 127-137.
37. Гавра Д.П. Основы теории коммуникации / Д.П. Гавра. - 1-е изд. - СПб., Питер, 2011.-288с.

Поступила в редакцию 19.06.2016

УДК 616.89:614.8

*Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Черепков В.Н.¹, Волобуев В.В.², Кравчук А.В.²***НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психиатрия военного времени, депрессия, тревога, война в Донбассе

При оценке влияния боевых действий на психическое здоровье мирного населения невозможно избежать учёта воздействия не только патогенных факторов военного времени в виде прямой угрозы для жизни, но и ряда неблагоприятных социально-экономических условий, провоцирующих развитие психических расстройств: массовой безработицы, плохого питания, низкого качества воды, отсутствия социальной инфраструктуры, неудовлетворительного медицинского обслуживания, разрушенного жилья [3]. Указанные факторы связаны с возникновением психической патологии, представляющей собой серьёзную проблему. В частности, практически у всех (82,4%) жителей Чеченской Республики (ЧР) в период боевых действий отмечались различной степени выраженности непсихотические формы психических расстройств, проявлявшиеся нарушениями невротического уровня, характерологическими и поведенческими отклонениями. Эти расстройства были способны приобретать массовый характер, определяя не только состояние психического здоровья, но и социально-психологический климат населения в целом [3].

Следует отметить, что среди указанной патологии, по данным различных исследований, значительное место занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Так, анализ, проведенный в ЧР, показал, что в 2002 г., самом опасном для жизнедеятельности, состоянии 31,2% населения соответствовало клиническим критериям ПТСР. При этом, с ростом числа пси-

хотравмирующих событий увеличивалась вероятность развития ПТСР. У переживших одно событие ПТСР развились в 34,4% случаев, у переживших два события — в 50,3% случаев, у переживших три и более события — в 78% случаев. На последующих этапах, характеризовавшихся низким уровнем угроз для жизни, частота новых случаев ПТСР составила 1,1-1,5%. Вышеуказанное, в целом, соответствует данным, полученным в других странах, где проходили военные действия. Так, у косовских албанцев после войны 1998-1999 г.г. ПТСР выявлено в 17,1% случаев в 1999 г. и в 25% случаев в 2000г. Обследование взрослых афганцев показало, что у 42,2% из них имелось ПТСР. Согласно другому популяционному исследованию выборки жителей Афганистана старше 15 лет, у 20,4% отмечено наличие ПТСР. Сравнительное кросс-культуральное исследование в четырех странах, где происходили военные действия, показало, что уровень распространенности ПТСР составил: 37,4% в Алжире, 28,4% в Камбодже, 15,8% в Эфиопии и 17, 8% в Газе [2]. Обследование в двух городах южного Ливана после окончания военных событий показало распространенность ПТСР в 29,3% случаев [6].

Данное исследование проведено с целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств у больных, получавших в стационаре специализированную психиатрическую помощь в период ведения боевых действий в Донбассе.

Материал и методы исследования

Случайным методом нами отобраны 100 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка (РКПБ-

МПЦ) в 2014-2015 г.г. Из их числа проанализированы все случаи (26) госпитализаций в течение последних 3 месяцев, предшествовавших настоящему исследованию (июнь-август 2015 г.). Данный подход был избран в связи с

тем, что он обеспечивал оптимальную ретроспективную оценку изучаемых показателей, поскольку предоставлял возможность отбора необходимого количества случаев госпитализаций, получения достаточно полных лонгитюдных объективно-анамнестических

сведений, а также минимизировал вероятность встречаемости повторных поступлений одних и тех же больных. Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

Результаты исследования и их обсуждение

Из числа обследованных 12 чел. (46,2%) составили мужчины, 14 чел. (53,8%) – женщины, в возрасте от 41 до 64 лет, постоянно проживающие в ДНР (г. Донецке (19 чел., 73,0%: Кировский район – 7 чел., 26,9%; Куйбышевский район – 7 чел., 26,9%; Буденовский район – 2 чел., 7,7%; Киевский район – 2 чел., 7,7%; Ленинский район – 1 чел., 3,8%), г. Макеевке (2 чел., 7,7%), г. Докучаевске (1 чел., 3,8%), Амвросиевском районе (1 чел., 3,8%)) и на территории Донбасса вне ДНР (3 чел., 11,6%); постоянную работу имели 8 чел. (30,8%), 18 чел. (69,2%) не работали; 3

чел. (11,6%) являлись участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, 1 чел. (3,8%) – инвалид войны, служивший в Афганистане, 1 чел. (3,8%) обследовался в связи с желанием служить в ополчении.

После начала боевых действий в Донбассе 8 чел. (30,8%) впервые в жизни поступили на стационарное лечение в РКПБ-МПЦ, 18 чел. (69,2%) там до начала данных событий также проводилось стационарное лечение. Кратность поступлений в военное время и длительность заболевания к моменту обследования указаны в табл.1.

Таблица 1

Количественные показатели, характеризующие обследованных

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Возраст (полных лет)	53,0	41,0	64,0	6,6	1,3
Длительность заболевания (полных лет)	7,0	0,0	33,0	8,4	1,3
Кратность поступления в РКПБ-МПЦ г.Донецка после начала боевых действий в Донбассе	2,0	1,0	4,0	1,0	0,2

Таким образом, можно сделать вывод о том, что достаточно большое количество обследованных (почти треть) впервые начали лечиться после начала боевых действий, причем они были людьми среднего и пожилого возраста, и в некоторых из изученных случаев госпитализаций в РКПБ-МПЦ в течение первого года войны они были неоднократными.

Диагностически, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), обследованные распределились следующим образом: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 8 чел. (30,8%), органическое расстройство личности (F07.0) – 4 чел. (15,5%), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 3 чел. (11,6%), расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции (F43.22) – 3 чел. (11,6%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 2 чел. (7,7%), смешанное расстройство личности (F61.0) – 1 чел. (3,8%), хро-

ническое изменение личности (F62.8) – 1 чел. (3,8%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 1 чел. (3,8%), смешанное тревожно-диссоциативное расстройство (F41.3) – 1 чел. (3,8%), церебрастенический синдром (F06.8) – 1 чел. (3,8%), без психических расстройств – 1 чел. (3,8%).

Таким образом, несмотря на значительную долю больных, впервые лечившихся после начала боевых действий в Донбассе, связанная со стрессом (согласно МКБ-10) психическая патология в виде расстройств адаптации диагностирована лишь примерно у одной десятой части обследованных. Это может объясняться кратностью госпитализаций в период, несколько превышающий один год, и, соответственно, – трансформацией, согласно существующим диагностическим критериям, данной патологии в невротическое расстройство, в первую очередь, – в смешанное тревожное и депрессивное расстройство (приблизительно у трети больных). При этом, обращает на себя внимание отсут-

ствие у исследованной выборки госпитализированных ПТСР, характерного как для комбатантов [1, 5, 7-9], так и для, как указано выше, мирного населения различных регионов, где велись боевые действия. Даже после массивной психотравмы у изученного контингента больных психопатологическая симптоматика не достигала уровня, соответствующего, согласно МКБ-10, критериям диагностики ПТСР. Указанная тенденция, вероятно, может быть проиллюстрирована следующим наблюдавшимся нами клинически случаем.

Больная П., 58 л., образование – высшее, сотрудник вуза, поступила в РКПБ-МПЦ впервые в жизни с жалобами на слабость, головокружение, боль и скованность в руках, ухудшение памяти, неуверенность в себе, плаксивость, тревогу, преимущественно связанную со страхом перемещения в её теле металлических инородных тел. В июле 2014 г., более чем 2 года назад, у себя на даче попала под артобстрел, осколками разорвавшегося на крыше снаряда (со слов больной, касетного боеприпаса; утверждает, что чудом осталась жива, поражающие элементы летели сверху, изрешетили все вокруг, спрятаться было невозможно) получила ранения в область грудной клетки, живота, верхних и нижних конечностей, с разрушением 4-й и 5-й пястных костей, обширным дефектом мягких тканей, последующим формированием узкой кисти слева. Была определена 3 гр. инвалидности, на переосвидетельствование не пошла, продолжала работать. Отмечались напряжение, тревога, которые со временем усилились. К психиатрам не обращалась. В вузе чувствует себя дискомфортно, т.к. сотрудники выполняют за нее ту работу, которую вследствие полученных травм пациентка выполнять не может. Появилось чувство вины перед ними, неуверенность в будущем, снизилось настроение. Изредка отмечались навязчивые воспоминания о пережитой травматической ситуации.

В беседе вступает охотно, стремится произвести благоприятное впечатление, не демонстрировать изуродованную левую кисть с тремя оставшимися пальцами. На вопросы отвечает подробно, полностью помнит обстоятельства, связанные с травмировавшим её взрывом. Фон настроения снижен, при подробном расспросе о происшедшем, жизненных планах глаза увлажняются. Рассказывает, что во время работы при звуках артиллерийской стрельбы в тревоге может выбегать в коридор, хотя другие сотрудни-

ки остаются на своих местах. Тревожна и вне ситуаций, напоминающих артобстрел, в связи с размышлениями о собственном будущем. Выраженно обеспокоена наличием в её теле множества осколков («когда прохожу через рамку металлоискателя, всегда звеню»), которые «не извлечены потому, что, по словам хирургов, это будет ещё хуже», способны изменять своё положение, нанося вред организму. Особенно тревожит инородное тело в грудной клетке «в виде шурупа, ввинтившегося изнутри в ребро», поскольку оно «может двигаться и задеть сердце». На реплику врача о том, что фиксированный осколок способен перемещаться только с самим ребром во время дыхательных движений, отвечает, что при дыхании у неё ничего не болит, несколько успокаивается. Утверждает, что в настоящее время навязчивые воспоминания о пережитом остром стрессе её не беспокоят. Мышление в несколько замедленном темпе. Отмечаются некоторые рассеянность внимания и снижение памяти на текущие события.

Экспериментально-психологическое исследование выявило слабо выраженные когнитивные нарушения у личности невротического уровня с отчетливостью тревожно-сензитивных черт, яркостью эмоциональных проявлений, экзальтированностью, скрывающий повышенную чувствительность. При осмотре невропатолога констатировано наличие дисциркуляторной энцефалопатии.

Таким образом, с учетом выраженности тревожно-фобической симптоматики, генерализованной тревоги, при наличии признаков посттравматического стресса, не достигающих степени соответствия критериям МКБ-10 диагностики ПТСР, на фоне церебральных проявлений, диагностировано тревожное расстройство органической природы (F06.4).

В 11 случаях (42,3%) в медицинских картах отсутствовали указания на связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий, а в 15 случаях (57,7%) отчетливо подчеркивалась данная связь (например, больная отметила, что заболела «несколько дней назад, когда вновь начали обстреливать наш город»).

Выявленные клинически доминирующие психопатологические симптомы регистрировались нами с помощью кодов «0» (отсутствие симптома) и «1» (наличие симптома). В табл. 2, соответственно, отражена представленность (удельный вес) указанных проявлений.

Представленность психопатологических симптомов у обследованных

Показатель (симптом)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Сниженное настроение	0,769	0,430	0,084
Тревога	0,769	0,430	0,084
Нарушение сна	0,769	0,430	0,084
Рассеянность (неустойчивость) внимания	0,731	0,452	0,089
Истощаемость (утомляемость)	0,654	0,485	0,095
Раздражительность	0,615	0,496	0,097
Слабость	0,538	0,508	0,100
Замедленность (торпидность, снижение темпа) мышления	0,500	0,510	0,100
Апатия	0,423	0,504	0,099
Страх	0,423	0,504	0,099
Снижение аппетита	0,346	0,485	0,095
Снижение памяти	0,308	0,471	0,092
Плаксивость	0,269	0,452	0,088
Вспыльчивость (конфликтность)	0,231	0,430	0,084
Ипохондричность	0,231	0,430	0,084
Двигательная заторможенность (снижение активности)	0,192	0,402	0,079
«Ком» в горле	0,192	0,430	0,079
Демонстративность	0,154	0,368	0,072
Ангедония	0,115	0,326	0,064
Паника (в структуре панических атак)	0,038	0,196	0,038

Представленные нарушения сложно оценить без учёта их синдромальной либо нозологической принадлежности. Обращает на себя внимание превалирование сниженного настроения, тревоги и нарушений сна, а также рассеянности (неустойчивости) внимания, что, как можно предположить, в целом отражает доминирование у обследованных патологии, при которой основными симптомокомплексами являются депрессивный и тревожный. Невыраженная представленность двигательной заторможенности и ангедонии (при высоком удельном весе сниженного настроения), вероятно, свидетельствует о значимости психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных. Выявлена также невысокая представленность истерических форм реагирования.

Неврологическая патология у обследованных была представлена следующим образом: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 6 чел. (23,2%) (ДЭП 1-2 степени – 4 чел. (15,5%), ДЭП 2 степени – 2 чел. (7,7%)), энцефалопатия сложного генеза – 2 чел. (7,7%), резидуальная энцефалопатия – 2 чел. (7,7%), вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (7,7%), токсико-гипоксическая энцефалопатия вследствие отравления угарным газом на производстве – 1 чел. (3,8%), остеохондроз – 1 чел. (3,8%). У 12 (46,1%) обследованных неврологическая патология выявлена не была.

У обследованных выявлена следующая терапевтическая патология: гипертоническая болезнь 2 стадии – 7 чел. (26,9%), хронический

панкреатит – 5 чел. (19,3%), вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (7,7%), хронический бронхит – 1 чел. (3,8%), злокачественное новообразование – 1 чел. (3,8%), острое отравление угарным газом – 1 чел. (3,8%), деформирующий остеоартроз – 1 чел. (3,8%). У 8 (30,9%) обследованных терапевтическая патология выявлена не была.

Данные проведенного указанным больным экспериментально-психологического исследования представлены в табл. 3 и табл. 4.

Из табл. 3 следует, что средние значения шкал теста СМИЛ, в основном, находятся в диапазоне, свидетельствующем о заострении личностных черт, при умеренно высоких максимальных значениях (несмотря на наличие у части обследованных клинически верифицированной личностной патологии). Нужно отметить небольшой средний показатель определяемого по 12-балльной шкале метода цветовых выборов (теста Люшера) уровня тревоги, без тенденции к повышению тревожности в процессе обследования. Значительно более высокие уровни тревожности, с тенденцией к преобладанию личностной тревожности, демонстрируют средние показатели теста Спилбергера-Ханина; о высокой тревожности свидетельствуют также средние показатели госпитальной шкалы. Клинически же тревога была у обследованных одним из наиболее частых симптомов (табл.2). Значительный уровень депрессии у обследованных также не выявлен (госпитальная шкала, тест

Зунга), что при депрессии как одном из наиболее часто выявлявшихся у обследованных сим-

птомов (табл. 2) может быть объяснено её преимущественно психогенным характером.

Таблица 3

Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных личностных особенностей, тревоги и депрессии (баллы)

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
1 шкала теста СМИЛ	66,4	55,0	77,0	9,4	4,2
2 шкала теста СМИЛ	68,2	53,0	74,0	8,6	3,9
3 шкала теста СМИЛ	66,0	51,0	82,0	11,6	5,2
4 шкала теста СМИЛ	58,2	48,0	73,0	10,2	4,6
5 шкала теста СМИЛ	58,6	51,0	66,0	7,2	3,2
6 шкала теста СМИЛ	70,4	65,0	74,0	3,9	1,7
7 шкала теста СМИЛ	64,2	54,0	73,0	7,9	3,5
8 шкала теста СМИЛ	70,2	57,0	79,0	8,5	3,8
9 шкала теста СМИЛ	60,0	44,0	75,0	12,1	5,4
0 шкала теста СМИЛ	62,4	49,0	70,0	8,2	3,7
Уровень тревоги (тест Люшера, 1-й выбор)	3,0	0,0	9,0	2,6	0,6
Уровень тревоги (тест Люшера, 2-й выбор)	3,4	0,0	9,0	2,7	0,6
Реактивная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	44,7	10,0	68,0	15,2	3,5
Личностная тревожность (тест Спилбергера-Ханина)	56,9	26,0	73,0	13,1	3,0
Уровень тревоги (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	15,0	12,0	17,0	2,0	0,8
Уровень депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии)	14,5	9,0	18,0	3,1	1,3
Уровень депрессии (тест Зунга)	48,3	30,0	58,0	9,9	2,6

Таблица 4

Результаты экспериментально-психологического изучения у обследованных памяти и внимания

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Количество слов в 1-м воспроизведении (тест 10 слов)	3,9	3,0	5,0	0,8	0,3
Количество слов во 2-м воспроизведении (тест 10 слов)	5,6	5,0	6,0	0,5	0,2
Количество слов в 3-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,1	5,0	8,0	1,1	0,4
Количество слов в 4-м воспроизведении (тест 10 слов)	6,4	5,0	9,0	1,3	0,4
Количество слов в 5-м воспроизведении (тест 10 слов)	7,3	6,0	9,0	1,1	0,4
Количество слов отсроченного воспроизведения (тест 10 слов)	3,9	1,0	5,0	1,4	0,5
Тест Шульте, 1-я таблица (с)	59,6	42,0	90,0	15,6	5,2
Тест Шульте, 2-я таблица (с)	62,3	42,0	103,0	20,0	6,7
Тест Шульте, 3-я таблица (с)	59,9	42,0	70,0	11,5	3,8
Тест Шульте, 4-я таблица (с)	61,9	37,0	96,0	18,2	6,1
Тест Шульте, 5-я таблица (с)	59,3	41,0	77,0	12,9	4,6

В данных, представленных в табл. 4, обращает на себя внимание объективно подтверждаемая недостаточно высокая способность па-

мяти обследованных как к краткосрочному (невысокие средние значения количества слов при всех воспроизведениях после повторения), так и

к долговременному (невысокие среднее и максимальное значения количества слов отсроченного воспроизведения) удержанию информации [4]. В то же время, клинически снижение памяти проявилось менее чем в трети случаев (табл.2). Способность концентрировать внимание у обследованных также объективно недостаточно высока, о чем свидетельствуют средние показатели времени, затраченного на каждую из таблиц теста Шульте [4] (при удовлетворительных минимальных значениях, хотя минимальный возраст обследованных – 41 год). При этом, клинически нарушение внимания принадлежало к числу наиболее часто выявлявшихся симптомов (табл.2). Указанные изменения памяти и внимания могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

Сравнивая полученные данные с известными из литературы сведениями о непсихотической психической патологии у жителей ЧР в период боевых действий [3], можно указать общие черты в виде большого удельного веса затяжных гипотимных ситуационных реакций, ситуационной тревоги, страха, астении, снижения уровня побуждений к деятельности, нарушений сна. В то же время, можно отметить и отличия. Ангедония у обследованных жителей ЧР отмечалась почти в 2 раза чаще (в 21,4% случаев). Интеллектуально-мнестические нарушения в виде фиксационной гипомнезии отмечались у 64,8% переселенцев, т.е. чаще, чем снижение памяти у обследованных нами, нарушения концентрации внимания – у 54,6%, т.е. реже, чем в нашем исследовании. ПТСР у жителей ЧР, как и других зон проведения боевых действий, встречалось часто [2, 6] (в нашем исследовании – отсутствовало), а конверсионные расстройства были распространены [3] (в нашем исследовании – представлены небольшим количеством случаев).

Выводы.

1. Приблизительно третья часть обследованных после начала боевых действий впервые начала стационарно лечиться в связи с наличием непсихотических психических расстройств, будучи людьми среднего и пожилого возраста; в некоторых случаях госпитализации в течение первого года войны были неоднократными.

2. Расстройства адаптации диагностированы у небольшой (примерно у одной десятой) части обследованных, что может объясняться транс-

формацией данной патологии в невротическое, в первую очередь, – смешанное тревожное и депрессивное, расстройство (приблизительно у трети больных) за время ведения военных действий.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство, характерное для комбатантов и мирного населения различных регионов, где велись боевые действия, у исследованных нами больных не выявлено. Даже после массивных психотравм психопатологическая симптоматика не достигала уровня, соответствующего критериям диагностики ПТСР.

4. Более чем в половине случаев у обследованных отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий.

5. У обследованных клинически преобладали сниженное настроение, тревога, нарушения сна, рассеянность (неустойчивость) внимания.

6. Отмечена значимость психогенного фактора в формировании депрессии у обследованных.

7. Выявлена невысокая представленность у обследованных истерических форм реагирования.

8. Экспериментально-психологически выявлены заострение личностных черт, умеренно выраженные тревожность, с преобладанием личностной тревожности, и депрессия, преимущественно психогенная.

9. При патопсихологическом исследовании памяти и внимания выявлены их нарушения, которые могут быть объяснены наличием у обследованных как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений.

10. При сравнении полученных данных с описаниями непсихотической психической патологии у жителей ЧР в период боевых действий обнаружены как общие черты (большой удельный вес затяжных гипотимных ситуационных реакций, ситуационной тревоги, страха, астении, снижения уровня побуждений к деятельности, нарушений сна), так и отличия: вдвое меньшая встречаемость у обследованных нами больных ангедонии, менее частое у них снижение памяти и более частое – нарушение концентрации внимания; у жителей ЧР, как и других регионов, где проходили военные действия, ПТСР встречалось часто (в нашем исследовании – отсутствовало), а конверсионные расстройства были распространены (в нашем исследовании – представлены небольшим количеством случаев).

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, психиатрия военного времени, депрессия, тревога, война в Донбассе

С целью оценки клинико-психологических характеристик непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе проанализированы 26 случаев госпитализаций больных с данной патологией в июне-августе 2015 г. в РКПБ-МПЦ г. Донецка. Установлено превалирование у обследованных депрессии и тревоги психогенного характера. Приблизительно треть больных в течение первого года войны впервые начала стационарно лечиться в связи с наличием непсихотических психических расстройств, а в некоторых случаях госпитализации были неоднократными. Более чем в половине случаев отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий. В то же время, посттравматическое стрессовое расстройство не выявлено, а расстройства адаптации диагностированы лишь у примерно одной десятой части обследованных, что может объясняться трансформацией данной патологии в невротическое, в первую очередь, – смешанное тревожное и депрессивное, расстройство (приблизительно у трети больных) за время ведения военных действий. При патопсихологическом исследовании памяти и внимания выявлены их нарушения, которые могут быть объяснены наличием как психоорганических, так и тревожно-депрессивных проявлений. При сравнении полученных данных с описаниями непсихотической психической патологии у жителей Чеченской Республики и других регионов, где проходили военные действия, обнаружены как общие черты, так и отличия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 12-18).

Titievsky S.V.¹, Voyevodina V.S.², Cherepkov V.N.¹, Volobuyev V.V.², Kravchuk A.V.²

NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF THE PERIOD OF FIGHTING IN THE DONBASS: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF HOSPITALIZATIONS

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre

Keywords: non-psychotic mental disorders, the war psychiatry, depression, anxiety, the war in the Donbass

To evaluate the clinical and psychological characteristics of non-psychotic mental disorders during combat operations in the Donbass we have analyzed 26 cases of hospitalization of patients with this pathology in June-August 2015 in RCPH-MPC in Donetsk. The prevalence of psychogenic depression and anxiety was established in the examined patients. Approximately one third of patients in the first year of the war first started treatment permanently due to the presence of non-psychotic mental disorders, and in some cases hospitalizations were repeated. More than in the half of the cases it was noted the connection of the disease occurrence (aggravation) with the military actions. At the same time, post-traumatic stress disorder is not detected, and adjustment disorders diagnosed in only about one-tenth of the patients, which may be attributed to the transformation of these disorders in the neurotic disorders, in the first place – mixed anxiety and depressive (about one third of patients) disorder, during the conduct of hostilities. The pathopsychological study of memory and attention found their violation, which can be explained by the presence of both psychoorganic and anxiety and depressive symptoms. When comparing the data with descriptions of non-psychotic mental disorders among residents of the Chechen Republic and other regions where military actions took place, both similarities and differences were revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 12-18).

Литература

1. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. – М.: Анахарсис, 2005. – 200с.
2. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения и организация помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации (клинико-эпидемиологическое исследование на материале последствий военных действий в Чеченской Республике): автореф. дис... д-ра мед.наук / Идрисов К.А. – Москва: ФГУ МНИИП, 2010. – 45с.
3. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448с.
5. Andreasen N.C. Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues / N.C. Andreasen // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 8. – P. 1321-1323.
6. Farhood L. Exposure toward related traumatic events, prevalence of PTSD and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon / L. Farhood, H. Dimassi, T. Lehtinen // Journal of Transcultural Nursing. – 2006. – Vol. 17, № 4. – P. 333-340.
7. Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder / D. Forbes, R. Parslow, M. Creamer [et al.] // Journal of Traumatic Stress. – 2008. – Vol. 21, № 2. – P. 142-149.
8. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans / C.W. Hoge, A. Terhakopian, C.A. Castro [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 1. – P. 150-153.
9. Milliken C.S. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war / C.S. Milliken, J.L. Auchterlonie, C.W. Hoge // JAMA. – 2007. – Vol. 298, № 18. – P. 2141-2148.

Поступила в редакцию 15.09.2016

УДК 616.89-008:159.961

*Абрамов В.А.¹, Жигулина И.В.², Абрамов В.Ал.¹, Грачев Р.А.³***ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ КОММУНИКАЦИЙ, РАЦИОНАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: эмпатия, рационализация, толерантность, психические расстройства

Эмпатия – один из возможных механизмов формирования общественного мнения о больных с психическими расстройствами. Он отражает невербализуемый скрытый коммуникативный процесс, чаще всего проявляющийся в форме сопереживания. Сопереживая, человек испытывает эмоции, идентичные наблюдаемым у другого человека. Эмоциональная отзывчивость (эмоциональный отклик) на переживания другого – это разновидность нравственных эмоций. Если сопереживания – это переживания субъектом тех или иных эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним, то сочувствие – это переживание собственных эмоций по поводу чувств другого. В отличие от сочувствия и симпатий, сопереживание к кому-либо невозможно, если не разделяются его ценности.

В литературе не существует единства во взглядах на структуру эмпатии. Первоначально данное понятие рассматривалось в рамках эмоциональной концепции (эмоциональный отклик на переживания другого человека в форме сопереживания или сочувствия). Позднее эмпатия стала рассматриваться как аффективно-когнитивное явление, которое характеризуется как опосредованный эмоциональный ответ на переживания другого человека, сопряженный с отражением его внутренних состояний (мыслей, чувств). Наиболее перспективным стало «интегративное направление» исследований, в котором эмпатия изучается как сложное психологическое явление. Однако, среди работ, относящихся к данному направлению, в которых бы рассматривались не только качественные характеристики эмпатии (эмоциональная, когнитивная, предиктивная и действенная эмпатия), но и ее содержательные особенности (эмпатическая направленность) практических исследований немного [1,2].

Эмпатия подразумевает принятие роли и понимание чувств, мыслей и установок другого человека

[3]. В контексте широкого определения эмпатии, различные теоретики и исследователи определяли этот термин совершенно по-разному, подчеркивая в нем различные аспекты или смысловые значения [4].

Эмпатия – постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии «эмпатия» обобщены близкие по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Эмпатия может быть эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказывающей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуациях). Различают также особые формы эмпатии – сопереживание и сочувствие. Сопереживание – переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним; сочувствие – переживание по поводу чувств другого [5,8].

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков [8], поэтому этот феномен следует воспринимать не как сочувствие или переживание, а как вчувствование [7], соучастие в эмоциях другого, разделение их [8] или как эмпатийное взаимодействие, использующее так не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефлексия [9,10].

По мнению ряда исследователей, эмпатия рассматривается как коммуникативный навык и как одна из составляющих просоциального, противоположного асоциальному, поведения, ориентированного на благо другого человека или социальных групп [1]. Для понимания особенностей просоциального поведения важна, скорее, не эмпатия как личностное свойство, а эмпатийная (эмпатическая) установка. Эмпатическая установка определяется как ориентированная на другого ответная реакция, возникающая вследствие воспринимаемого субъектом страдания, переживаемым другим индивидом, и соответствующая

субъективной оценке этого страдания. Она возникает, когда субъект ставит себя на место другого человека, занимает его позицию и требует субъективной оценки благополучия другого [12].

Эмпатия по отношению к лицам с психическими расстройствами – это осознание и понимание специфических особенностей их переживаний. Этот многогранный процесс «вхождения» в личностный мир другого человека предполагает повышенную чувствительность к переживаниям другого и возможность эмпатической коммуникации. Высокий уровень эмпатии спо-

собствует формированию позитивного образа психически больного человека, а низкий уровень сопереживания не позволяет понять пациента, почувствовать то, что он чувствует и сформировать его позитивный образ в социуме.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка особенностей эмпатических коммуникаций, рационализации субъективных представлений и толерантного отношения к больным с психическими расстройствами у врачей (в т.ч. врачей-психиатров) и представителей немедицинских специальностей.

Материал и методы исследования

Для оценки эмпатических коммуникаций и толерантного отношения к больным использовался специально разработанный опросник, включавший 80 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам коммуникативного процесса, обеспечивающего взаимодействие здоровых людей с психически больными. Проблемная ситуация, относительно которой высказывалось общественное мнение, была представлена различными составляющими обобщенного образа человека с психическими расстройствами. В качестве коллективного субъекта оценочных суждений (общественного мнения) выступала группа респондентов в количестве 400 человек, представленных как группа в целом (ГРЦ) и три подгруппы:

- врачи психиатры (ВП) – 60 чел.,
- врачи других специальностей (ВДС) – 90 чел.,
- представители немедицинских специальностей (ПНМС) – 250 чел.

Таким образом, результаты опроса позволили провести анализ коллективных суждений (утверждений) у контингента людей, постоянно, на профессиональном уровне контактирующих с психически больными, у медицинских работников, не имеющих отношения к различным видам психиатрического вмешательства и в референтной группе, являющейся профессионально независимым источником формирования общественного мнения о людях с психическими расстройствами.

При конструировании опросника учитывалось, что практически каждый феномен человеческого взаимодействия имеет коммуникативную природу и может быть рассмотрен и описан в категориях социальной коммуникации. Следовательно, и общественное мнение имеет коммуникативную природу, а способом его существования (одобрения или неодобрения образа человека с психическим расстройством) является социальная коммуникация.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение респондентов по частоте возможного использования ими механизмов эмпатии по отношению к психически больным людям приведено в таблице 1.

Несмотря на то, что у большинства респондентов (73,0%) психически больные вызывают жалость и сочувствие, 74,0% считают, что отношение к ним должно быть доброжелательным, а психические расстройства рассматриваться как фактор, приносящий страдание (72,0%), большая часть респондентов дистанцируется от них, в том числе при позиционировании их в роли союза (90,0%), коллеги по работе (80,0%) или члена компании друзей (94,0%). Отмечая, что нередко психически больные умные и интересные люди, многие опрошенные (47,0%) считают

их опасными для окружающих и возможно, по этой причине отказываются от каких-либо форм их социальной поддержки (74,0%). При этом существенных различий такого отношения к психически больным в опрошенных группах людей выявлено не было. Это свидетельствует об отсутствии у большинства респондентов эмпатического понимания проблем пациентов, эмоционального резонанса (сопереживания), а также потенциальной настроенности на эмпатически насыщенные коммуникации.

В данном контексте жалость, которую испытывает 73,0% опрошенных по отношению к страданиям пациентов, по-видимому, несет эгоцентрический оттенок, обусловленный реакцией страха (жалю, потому что сам не хотел бы оказаться в

такой ситуации). Чувство жалости здесь можно рассматривать скорее не как «нравственное чувство» (сострадание), а как снисходительность более благополучного человека к менее благополуч-

ному. Именно этим можно объяснить большой удельный вес респондентов (80-94%), дистанцирующихся от этой категории больных, и низкий уровень побуждений к помощи и поддержке (26%).

Таблица 1

Распределение респондентов по критерию эмпатии в отношении больных с психическими расстройствами

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
У меня психически больные вызывают в основном жалость и сочувствие	73,0	73,0	73,0	73,0
Психически больной — это просто человек в трудных жизненных обстоятельствах, которому нужно помочь	26,0	20,0	41,0	18,0
Я бы согласился, чтобы человек с психическим расстройством входил в компанию моих друзей	6,0	6,0	9,0	4,0
Я бы согласился, чтобы моим соседом по лестничной клетке был человек с психическим расстройством	10,0	13,0	9,0	9,0
Психические заболевания вызывают страдания пациентов	72,0	80,0	68,0	68,0
Психически больные часто умные, интересные люди	55,0	66,0	77,0	23,0
Большинство психически больных не опасны	47,0	60,0	54,0	27,0
Я бы согласился, чтобы психически больной человек был моим коллегой по работе	20,0	20,0	18,0	23,0
Обидеть душевнобольного грешно, отношение к ним должно быть доброжелательным	74,0	80,0	100,0	41,0

Механизм рационализации субъективных представлений о психически больных рассматривался нами или как рассудочное отношение (объяснение), маскирующее подменные мотивы мышления и поведения человека, или как сознательная деятельность, основанная на активизации мыслительной деятельности в контексте целесообразности и здравого смысла (интеллектуализации). В первом случае речь идет о рациональном объяснении иррациональных (девиантных) проявлений с целью более приемлемых объяснений собственного поведения, обеспечения состояния внутреннего комфорта, связанного с желанием сохранить чувство собственного достоинства и самоуважения, предотвращения переживаний вины и стыда. Во втором случае рациональное отношение к психически больным и их проблемам выражалось в открытости и независимости позиции респондентов с возможностью альтернативных подходов, но без выделения специальной когорты людей, обладающих общими негативными характеристиками; в рациональности мышлений, мнений, решений, их независимости от эмоциональных толкований; в позитивном отношении к людям и настрое на взаимопонимание с ними.

В таблице 2 представлено распределение респондентов сравниваемых групп по критерию предпочтительного использования механизмов

рационализации субъективных представлений о психически больных людях.

Анализируя полученные данные, мы исходили из того, что показатели каждой группы отражают удельный вес респондентов, позитивно (рационально) оценивающих те или иные утверждения. Респонденты, не выявившие такого отношения, рассматривались как имеющие противоположное, а, следовательно, иррациональное мнение.

Представленные варианты рациональных утверждений за истину (как рациональные) принимают далеко не все респонденты: по некоторым утверждениям их количество не превышает 20-32%. Значительная часть опрошенных (от 31 до 80% по отдельным позициям) придерживается иррациональных, а, следовательно, негативных взглядов по отношению к психически больным.

Одним из важных результатов проведенного исследования явились амбивалентные самоидентификации респондентов в виде сочетания иррациональных и рациональных убеждений. Так, 31,0% опрошенных считает, что «показывать свою неприязнь к психически больному — это проявление низкой культуры» (рациональное отношение) и в то же время 80,0% респондентов имеют предубеждения и негативные установки по отношению к этому контингенту больных (ир-

рациональные убеждения). 56,0% испытуемых воспринимают поведение психически больных «как нечто из ряда вон выходящее» (иррациональное утверждение), а 68,0% респондентов согласны с утверждением «уважая себя, я не буду демонстрировать негативного к ним отношения» (рациональное утверждение). Формирование и сосуществование таких взглядов, по-видимому, происходит под влиянием различных

факторов (научные данные, стереотипы, предубеждения), которые являются основанием для возникновения в обществе противоречивых представлений о лицах с психическими расстройствами. Как правило, такие разнонаправленные представления не вызывают когнитивного диссонанса, если они не сопровождаются появлением негативных эмоций или состояний дискомфорта.

Таблица 2

Распределение групп респондентов по критерию предпочтительного использования механизмов рационализации субъективных представлений о психически больных

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
Обычно я не пытаюсь обнародовать свои негативные мысли о психически больных	69,0	79,0	44,0	84,0
Я не воспринимаю поведение психически больных как нечто из ряда вон выходящее	44,0	81,0	34,0	16,0
Психически больные люди не должны быть для окружающих источником негативных переживаний	53,0	75,0	42,0	49,0
Я не стал бы открыто враждебно относиться к человеку по причине его психической болезни	65,0	80,0	54,0	62,0
Я попытаюсь скрыть ощущение дискомфорта при общении с психически больным	66,0	84,0	49,0	66,0
Уважая себя, я не буду демонстрировать негативного к ним отношения	68,0	90,0	64,0	52,0
Показывать свою неприязнь к психически больному – проявление низкой культуры	69,0	94,0	72,0	43,0
Не думаю, что психически больных следует выделять в какую-то особую группу	32,0	44,0	31,0	22,0
Негативные характеристики могут встречаться как у больных, так и у здоровых	69,0	86,0	57,0	65,0
С психически больными возможно наладить взаимопонимание	51,0	71,0	51,0	32,0
Я имею собственные мысли о больных с психическими расстройствами	28,0	44,0	24,0	17,0
Я свободен от предубеждений и негатива в отношении психически больных	20,0	31,0	22,0	8,0
Не следует считать человека неполноценным только из-за того, что он психически болен	42,0	63,0	36,0	27,0
Нельзя ко всем психически больным людям относиться одинаково	60,0	84,0	66,0	31,0

Существенные различия в механизмах рационализации – иррационализации установлены в подгруппах врачей-психиатров и представителей немедицинских специальностей. Группу врачей-психиатров характеризовал наиболее высокий уровень рационализации субъективных представлений о психически больных людях. Практически по всем изучавшимся убеждениям удельный вес позитивных (рациональных) реакций был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у представителей немедицинских профессий. Это в равной мере относится и к однозначно понимаемым рационально необходимым убеждениям (например: «негативные характеристики могут встречаться как у больных, так и у здоровых», «не следует считать человека неполноценным,

только из-за того, что он психически болен» и др.), и к рационально допустимым убеждениям, которые могут восприниматься людьми или как рациональные, или как иррациональные («не думаю, что психически больных следует выделять в какую-то особую группу», «с психически больными возможно наладить взаимопонимание»). Эта группа респондентов в наибольшей мере стремится к рационализации своих мыслей, даже если они иррациональны или связаны с предубеждениями. При этом они, ограждая себя от деструктивных импульсов извне, а, следовательно, от травмирующих переживаний и дискомфорта, пытаются сохранить чувство собственного достоинства, соответствие образу идеального «Я». Такое отклонение от стереотипных пред-

ставлений о психически больных в работе врачей-психиатров, по-видимому, играет защитную роль, придавая им уверенность в себе и способность сохранить статус-кво жизненной ситуации пациента.

В популяции людей, мало информированных о психиатрических проблемах (ПНМС), преобладают иррациональные суждения ($p < 0,05$), нормативный смысл которых в основном сводится не только к негативному выделению этой группы пациентов, но и к их осуждению. Поскольку иррациональные убеждения существуют не сами по себе, а в качестве признаков определенных действий, то, по-видимому, именно такие идентификации больных на уровне общественного мнения являются предпосылкой для их стигматизации и дискриминации.

Таким образом, лица, профессионально связанные с оказанием психиатрической помощи, в отличие от всех остальных респондентов, в большей мере характеризуются склонностью к сознательному или бессознательному подавлению или отрицанию собственных негативных стереотипных комплексов. Большая часть из них отличается рефлексивностью позиции, не рассматривающей принадлежность к стигматизированной группе в качестве фактора, определяющего коммуникативное поведение.

Толерантность – это абсолютная нечувствительность или существенное уменьшение остроты реагирования на какой-либо социальный раздражитель как результат падения его значимости для субъекта [13-15], сознательное подавление чувства неприятия поведения и убеждений, которые отличаются от собственных. В таком контексте толерантное отношение к людям с психическими расстройствами, в том числе инвалидам, можно рассматривать как внимание к их личности, где явные нарушения не являются основным фактором, по которому осуществляется оценка человека, а воспринимаются как его индивидуальное обличье, которое не уменьшает значение личности и не перекрывает собой ее позитивные черты, способности и актуальные возможности. Именно психическое расстройство и/или инвалидность являются теми социальными раздражителями, которые требуют снижения остроты реагирования. Толерантность при этом характеризуется добропорядочным, терпимым, сдержанным отношением к индивидуальным и групповым отличиям, способностью без агрессии воспринимать мысли, поведение, формы самовыражения и способ жизни другого человека, которые отличаются от собственных.

Анализ данных проведенного исследования

позволил выделить ряд форм и механизмов толерантного отношения различных слоев общества к больным с психическими расстройствами, при этом рассматривая толерантность как внутреннюю позицию личности. Эти формы объединяет стремление преодолеть негативные стереотипные представления и предубеждения в отношении психически больных, используя при этом разнообразные, иногда конкурирующие психологические механизмы. Их можно рассматривать и как своеобразные копинг-стратегии, направленные на смягчение напряженности в стандартной ситуации контакта с объектом предубежденности, и как средство достижения адекватного восприятия «другого». Взаимодействуя, эти механизмы обеспечивают суммарный эффект – дезактуализацию предубежденно-негативного отношения к пациентам.

Данные о распространенности различных форм и механизмов толерантного отношения к психически больным в обществе представлены в таблице 3.

Конструктивная толерантность – предусматривает осознание и принятие своего негативного отношения к «неполноценным» людям и поиск путей нахождения с ними общего языка, формирования взаимодействия, расширения собственных представлений для изменения своего отношения или поиск способов торможения негативных импульсов. Можно, в частности, испытывать неприязнь к пациенту, но вступать с ним в рациональные отношения во благо гуманистических целей или личной выгоды (стремления к самоактуализации).

Элементы конструктивной толерантности использовали 51% респондентов группы ГРЦ, 71% – группы ВП, 68% – группы ВДС и 32% – группы ПНМС.

Толерантность идентичности – отношение к психически больному – основывается на выявлении общих с ним признаков. При этом акцент делается не на наличие расстройств, а на иных индивидуальных особенностях. Фиксация внимания на личностных и характерологических проявлениях способствует возникновению симпатии к человеку с особыми потребностями, восприятие его через призму идентичности, понимания проблем и интересов пациентов, ориентации на относительную совместимость глобальных целей, включая право на нормальную жизнь.

Механизм толерантности идентичности использовали респонденты различных групп, в частности: ГРЦ – 52%, ВП – 69%, ВДС – 58%, ПНМС – 35%.

Распространенность толерантного отношения к психически больным в обществе (%)

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
<u>Конструктивная толерантность</u> : представления о психически больных во многом устарело и связано с предрассудками	50,0	73,0	59,0	18,0
Несмотря на то, что психически больные – это люди с неординарными взглядами, не укладывающимися в обыденную форму, с ними можно найти общий язык	46,0	60,0	45,0	32,0
С психически больными людьми часто трудно общаться, однако делать это необходимо	75,0	80,0	100,0	45,0
<u>Толерантность идентичности</u> : несмотря на психические отклонения, психически больные во многом такие же, как и все остальные люди	64,0	93,0	64,0	45,0
Психические заболевания ничем не отличаются от других болезней	35,0	33,0	45,0	27,0
Психически больной человек- прежде всего человек	58,0	80,0	64,0	32,0
<u>Конформная толерантность</u> : от психической болезни не застрахован никто	100,0	100,0	100,0	100,0
Внимательное отношение к психически больным – показатель здоровья общества	73,0	93,0	77,0	50,0
<u>Толерантность как система установок</u> : грань между нормой и психической патологией очень условна	58,0	60,0	54,0	59,0
Психически больные – социально полноценные люди	70,0	63,0	50,0	41,0
Мое отношение к психически больным нейтральное – без симпатии и антипатии	63,0	80,0	59,0	50,0
Человеческие качества психически больного не определяются его заболеванием	50,0	73,0	68,0	41,0
<u>Толерантность как черта характера</u> : важнее то, каков сам человек, чем то, какой у него диагноз	45,0	66,0	27,0	41,0
Людей с психическим заболеванием нужно различать по их человеческим качествам	93,0	93,0	87,0	100,0
<u>Проблемная толерантность</u> : психически больной вызывает неприязнь и раздражение, однако приходится их терпеть	11,0	6,0	-	4,0
Представления о тяжести психических расстройств часто преувеличены	45,0	26,0	64,0	45,0

Конформная толерантность – внешнее проявление терпимого отношения, поскольку иное отношение считается социально неприемлемым. Следует отметить, что в связи с отсутствием внутренней диспозиции, объясняющей такую терпимость, она является ситуативной, поверхностной и исчезает при попадании человека в группу, в которой негативное отношение к психически больному считается нормой. В таких случаях человек перестает сдерживать себя и строит свое взаимодействие с пациентом в соответствии с негативными стереотипами, преобладающими в его сознании. Конформная толерантность является наиболее часто встречающейся формой, как в отдельных группах респондентов, так и в группе опрошенных в целом: ГРЦ – 86%, ВП – 96%, ВДС – 88%, ПНМС – 75%.

Толерантность как система установок – рассматривается как совокупность позитивных или нейтральных представлений о людях с психическими расстройствами, которые обуславливают их принятие или терпимое отношение. Это определяется наличием позитивных стереотипов и признанием принципа равенства всех людей, независимо от их индивидуальных особенностей. Признается право людей быть такими, какие они есть, их право думать так, как они думают. Даже деструктивное поведение больных рассматривается как беда, а не вина человека.

Механизм толерантности как системы установок оказался менее характерным, чем наиболее распространенный механизм конформной толерантности ($p < 0,05$) и наблюдался у следующего количества респондентов: ГРЦ – 60%, ВП

– 69%, ВДС – 57%, ПНМС – 48%.

Толерантность как черта характера – является наиболее продуктивной, поскольку терпимость по отношению к психически больным заложена глубоко в сознании и определяет стратегию отношений, позитивные способы реагирования на ситуацию взаимодействия с ним. Человек, которому присущ такой вид толерантности, способен оценить индивидуальность каждого пациента, относиться к нему с уважением, замечать его позитивные черты, способности и скрытые возможности. При этом выявляются гуманистические принципы отношения человека к человеку.

По данным проведенного опроса этот механизм толерантности использовали: ГРЦ – 69%, ВП – 79%, ВДС – 57%, ПНМС – 70% респондентов.

Проблемная толерантность – проявляется в случаях наличия негативных эмоций по отношению к пациентам, которые подавляются личностью. К проявлениям проблемной толерантности человека могут подталкивать такие особенности: воспитанность, влияние референтной группы, не позволяющей проявлять те или иные формы негативного отношения и деструктивного поведения, чувство самоуважения и снисходительности. На наш взгляд, именно проблемная толерантность является проявлением терпимости в чистом виде, так как предусматривает наличие препятствий к проявлениям интолерантного отношения, неприятия, враждебности или агрессии. Способность подавлять в себе эти импульсы, не поддаваться влиянию негативных установок и общественного мнения и есть проявлением терпимости.

Следует, однако, отметить, что такой механизм толерантности оказался наиболее редким

во всех группах респондентов (ГРЦ – 28%, ВП – 16%, ВДС – 32%, ПНМС – 24%).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что образ психически больного человека в обычном сознании характеризуется преимущественно негативными особенностями, имеющими многофакторную социально-психологическую обусловленность. Они отличаются ярко выраженной стигматизационной направленностью и преломляются в тенденции к социальному дистанцированию от этого контингента.

Как результат коммуникативного процесса, общественное мнение и его содержательно-смысловой аспект определяются взаимодействием различных механизмов социального восприятия и социального взаимодействия. Часть из этих механизмов (рационализация, эмпатия, толерантность) можно рассматривать в контексте их участия в формировании адекватного (положительного) образа психически больного человека, отражающего его ценностно-экзистенциальную сущность. Другая часть коммуникативных процессов (стереотипизация, предубеждения, атрибуция, иррациональность, дискриминация) является непосредственным источником негативной стигматизирующей идентификации личности пациента, его самоидентификации как представителя маргинальной группы с осознанием собственной ненормальности и важнейшей предпосылкой его социального исключения.

Конкретизация этих механизмов может явиться основой для разработки научно обоснованных рекомендаций, направленных на минимизацию иррациональных взглядов и стигматизационных эффектов отношения к этому контингенту больных в процессе равноуровневых социальных интеракций.

Абрамов В.А.¹, Жигулина И.В.², Абрамов В.А.¹, Грачев Р.А.³

ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ КОММУНИКАЦИЙ, РАЦИОНАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: эмпатия, рационализация, толерантность, психические расстройства

В статье представлены данные о частоте использования механизмов эмпатии по отношению к психически больным людям: 73,0% - жалость с эгоцентрическим оттенком, обусловленным реакцией страха, 80,0-94,0% - дистанцирование от этой категории больных, 26,0% - низкий уровень побуждений к помощи и поддержке. Установлено, что лица, профессионально связанные с оказанием психиатрической помощи, в большей мере характеризуются склонностью к сознательному или бессознательному подавлению или отрицанию собственных негативных стереотипных комплексов. Большая часть из них отличается рефлексивностью позиции, не рассматривающей принадлежность к стигматизированной группе в качестве фактора, определяющего коммуникативное поведение. Выделены ряд форм и механизмов толерантного отношения различных слоев общества к больным с психическими расстройствами, при этом толерантность рассматривается как внутренняя позиция личности. Приведенные данные свидетельствуют о том, что образ психически больного человека в обычном сознании характеризуется преимущественно негативными особенностями, имеющими многофакторную социально-психологическую обусловленность. Они отличаются ярко выраженной стигматизационной направленностью и преломляются в тенденции к социальному дистанцированию от этого контингента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 19-26).

FEATURES OF EMPATHIC COMMUNICATION, RATIONALIZATION OF SUBJECTIVE PERCEPTION AND TOLERANCE TO THE PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Republic Clinical Psychiatric Hospital,

³Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Corporation

Keywords: empathy, rationalization, tolerance, mental disorders

The article presents data on the frequency of use of the mechanisms of empathy in relation to mentally ill people, 73.0% - with compassion egocentric shade caused by a reaction of fear, 80,0-94,0% - distancing from these patients, 26.0% - low level of intentions to help and support. It is established that the person professionally connected with the provision of mental health care are mostly characterized by a tendency to consciously or unconsciously suppress or deny their own negative stereotypes complexes. Most of them are characterized by reflexive position which does not consider membership in a stigmatized group as a factor determining the communicative behavior. It identifies a number of forms and mechanisms of tolerance of different walks of life to patients with mental disorders, and the tolerance is regarded as the position of the inner personality position. These data suggest that the image of a mentally ill person in ordinary consciousness is characterized by predominantly negative features which have a multifactorial social and psychological conditioning. They are distinguished by a pronounced focus on stigmatization and they are refracted in the trend towards social distancing from this population. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 19-26).

Литература

1. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык / Дж. Иган // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2001. - № 1. - С. 34-38.
2. Пузыревский В.Ю. Феномен эмпатии в контексте современной западной философии / В.Ю. Пузыревский. - СПб., 2001.
3. Ягнюк К.В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - № 1. - С. 17-21.
4. Корсини Р., Ауэрбах А. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. - СПб.: Питер, 2006.
5. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер. - Воронеж: НПО МОД ЭК, 1995.
6. Роджерс К. Эмпатия / К. Роджерс; под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман // Психология мотивации и эмоций. - М.: ЧеРо, 2002.
7. Мансер С., Линг Дж. Психометрический анализ фактора эмпатии (EQ) / С. Мансер, Дж. Линг; пер Разумова Л.Д. // Personality and Individual Differences, 2006.
8. Гиппенрейтер Ю.Б., Карягина Т.Д., Козлова Е.Н. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю.Б. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягина, Е.Н. Козлова // Вопросы психологии. - 1993. - № 4 - С. 61-68.
9. Тютяева О.В. - Функциональные механизмы эмпатийного воздействия / О.В. Тютяева // Вокруг планеты всей, любопытная информация на любые темы: Психология, 2009.
10. Сопиков А.П. Механизм эмпатии: в сб. Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания / А.П. Сопиков. - Краснодар: Изд-во Кубанск. ун-та., 1977. - С. 24-27.
11. Соболев С.И. Роль эмпатийной установки в просоциальном поведении в теории Д. Батсона / С.И. Соболев // Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии. - М.: Эксмо, 2013.- № 33.- С. 175-179.
12. Тарасова Л.Н. К проблеме просоциального поведения в русской философской мысли / Л.Н. Тарасова // Сборник трудов SWorld. - 2013. - Т. 24, № 3. - С. 43-46.
13. Кондратьев М.Ю. Азбука социального психолога-практика / М.Ю. Кондратьев, В.А. Ильин // Азбука социального психолога-практика. - М.: ПЕР-СЭ, 2007. - 464с.
14. Олпорт Г. Природа предубеждения / Г. Олпорт // Век толерантности. - М., 2003.- 40с.
15. Бондарева С.К. Толерантность (введение в проблему). / С.К. Бондарева, Д.В. Колесов. - 2-е изд., стер. - М.: МПСИ; Воронеж: МОДЕК, 2011. - 240с.

Поступила в редакцию 07.09.2016

УДК 159.96:159.923.2

*Ряполова Т.Л., Тахташова Д.Р.***КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧАСТЬ II)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экстремальные жизненные ситуации, копинг-стратегии, личностный потенциал

В продолжение изучения особенностей мобилизации личностных ресурсов в преодолении стресса, закономерностей личностной детерминации стратегий и стилей поведения в экстремальных жизненных ситуациях, проведено исследование взаимосвязи копинг-стратегий и таких составляющих личностного потенциала как саморегуляция, жизнестойкость, оптимизм, толерантность к неопределенности.

Ключевые моменты личностной регуляции — это осознанное постижение и обретение собственных потенциальных возможностей, а также произвольный выбор своего пути самореализации, принятие ответственности за сделанный выбор. Без этого недоступна активность в раскрытии психических, психофизиологических возможностей и в достижении социально или лично значимых целей, жизненных перспектив и общечеловеческих ценностей. Благодаря осознанию себя, естественные формы психической и физиологической активности, ритмы жизнедеятельности, выработанные в процессе филогенеза обогащаются произвольными, организованными и направленными на решение жизненно важных задач общения и деятельности формами [1].

В проведенном исследовании мы исходили из того, что инструментально-экспрессивный уровень регуляции характеризуют, во-первых, особенности расходования личностного адаптационного потенциала как источника активности личности, во-вторых, стиль саморегуляции как наиболее существенные для человека индивидуальные особенности самоорганизации и управления внешней и внутренней целенаправленной активностью, проявляющихся в условиях стресса военного времени. Смысловой уровень саморегуляции требует анализа смысложизненных ориентаций личности, а также определения степени соответствия «мотивационного ядра» личности содержанию, целям и условиям реальной деятельности [2 - 5].

Жизнестойкость (hardiness) представляет собой систему убеждений о себе, мире, отношениях с ним. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых [6 - 12].

Копинг-ресурс предполагает наличие у каждой личности рациональной системы оценочных когниций, которая представляет собой систему гибких связей между дескриптивными (отражающими ситуацию фактически) и оценочными (преломленными эмоциями) когнициями. В то же время, у любой личности присутствуют т.н. иррациональные установки, представляющие собой жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений. Если иррациональные установки не реализуются, то они приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям, затрудняют деятельность индивида, формируя неадаптивные или мало адаптивные копинг-стратегии [13].

Диспозиционный оптимизм является относительно устойчивой личностной характеристикой, отражающей позитивные ожидания субъекта относительно будущего. Конструкт диспозиционного оптимизма раскрывает веру в достижимость привлекательного результата как составляющую эффективной саморегуляции личности [14].

Синонимичным понятию оптимизма с точки зрения когнитивных установок является атрибутивный стиль объяснения, позволяющий предположить, что личность выбирает ту или иную стратегию поведения в той или иной ситуации в зависимости от того, как он сам себе объясняет происходящие с ним жизненные события, успехи и неудачи [15].

Толерантность к неопределенности трактуется как устойчивая черта личности, т. е. как особый способ реагирования на ситуации неопределенности и пребывания в них [16], которая позволяет описывать и предсказывать поведение человека в ситуации неопределенности [17]. В настоящем исследовании вслед за Д.А.Леонтьевым [18, 19] мы рассматривали толерантность к неопределенности (ТН) в роли психоло-

гического ресурса, способствующего выбору тех или иных стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями.

С целью изучения личностного копинг-ресурса проведено исследование взаимозависимостей между стратегиями совладания со стрессом и отдельными составляющими личностного потенциала (саморегуляция, жизнестойкость, оптимизм, толерантность к неопределенности).

Материал и методы исследования

Исследование копинг-стратегий и особенностей личностного потенциала в экстремальной жизненной ситуации проводилось путем обследования 96 респондентов (студентов медицинского вуза (84 чел., средний возраст $22,5 \pm 2,12$ года) и сотрудников психиатрической больницы (12 чел., средний возраст $33,6 \pm 2,81$ года). Распределение обследованных по полу: мужчин – 15 чел. (15,6%), женщин – 81 чел. (84,4%). Респонденты находились в зоне военного конфликта различные промежутки времени: до 6 мес. – 11 чел. (11,5%), больше 6 мес. – 31 чел. (32,3%), весь период – 54 чел. (56,2%). Большая часть обследованных лиц оценивали свое физическое здоровье как не изменившееся (69 чел. – 71,9%), остальные (27 чел. – 28,1%) отмечали ухудшение физического здоровья. При субъективной оценке психического здоровья большая часть испытуемых отмечала его ухудшение (63 чел. – 65,6%), 33 чел. (34,4%) считали, что их психическое состояние не изменилось за время военного конфликта.

Для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий использовался опросник «Способы совла-

дающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой). Для исследования саморегуляции и ее составляющих были использованы методики: Тест смысловых ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо и Л. Махолика (адаптация Д.А. Леонтьева), Шкала диспозиционной надежды (ШДН) (адаптирована К. Муздыбаевым), опросник «Уровень мотивации достижения успеха» (УМДУ) А. Мехрабиана, опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССрП) (В.И. Моросанова). Для исследования остальных составляющих личностного потенциала использовались Тест жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), Стресс-тест на иррациональные установки А. Эллиса, Тест диспозиционного оптимизма (Life Orientation Test, LOT) Ч. Карвера и М. Шейера (в адаптации Т.О. Гордеевой, О.А. Сычева, Е.Н. Осина), тест атрибутивных стилей (ТАС) (Л.М. Рудина), Шкала толерантности к неопределенности МакЛейна (в адаптации Е.Г. Луковицкой).

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

С помощью корреляционного анализа на основе данных опросника «Стиль саморегуляции поведения» были выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи копинг-стратегий и стилевых особенностей саморегуляции, представленные в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы, статистически достоверных корреляционных связей между копинг-стратегиями планирования решения проблемы и положительной переоценки и регуляторно-личностными свойствами не было. В то же время, нами выявлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положитель-

ная связь между копинг-стратегией самоконтроля и регуляторными процессами планирования и моделирования ($r=0,316$ и $r=0,274$ соответственно). Это значит, что при высокой степени сформированности потребности в осознанном планировании своей деятельности и способности выделять внешние и внутренние значимые условия достижения целей респонденты для преодоления стрессовой ситуации военного времени выбирали стратегию самоконтроля с преобладанием рационального, с минимальным расходом эмоций, подхода к преодолению стрессовой ситуации. По нашему мнению, развитая способность к планированию и моделиро-

ванию облегчает контроль и сдерживание эмоций, высокий контроль поведения, что, однако, не исключает и негативного их влияния вследствие возможности формирования сверхконтро-

ля поведения с чрезмерной требовательностью к себе и трудностями выражения переживаний, потребностей и побуждений в экстремальной ситуации военного конфликта.

Таблица 1

Влияние саморегуляции (опросник «Стиль саморегуляции поведения», шкала диспозиционной надежды, тест смысложизненных ориентаций, опросник «Уровень мотивации достижения успеха») на формирование того или иного вида копинг-стратегии (корреляции Спирмена)

	Кон-фронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Опросник «Стиль саморегуляции поведения»								
Общий уровень саморегуляции	0,177	0,103	0,334*	-0,145	-0,134	-0,138	0,151	0,044
Планирование	0,021	-0,066	0,316*	-0,155	-0,097	-0,110	0,219	0,066
Моделирование	-0,290*	-0,031	0,274*	-0,262*	-0,321*	-0,346*	0,020	-0,055
Программирование	0,011	0,082	0,202	-0,050	-0,027	-0,095	0,054	0,008
Оценка результатов	0,006	-0,045	0,141	-0,218	-0,110	-0,044	-0,111	-0,195
Гибкость	0,383*	0,272*	0,164	0,094	0,094	0,147	0,105	0,177
Самостоятельность	0,375*	0,000	-0,014	-0,116	0,037	0,141	0,041	0,069
Шкала диспозиционной надежды								
ИН (индикатор надежды)	0,114	0,048	-0,020	-0,132	-0,359*	-0,289*	0,204	0,155
ИН 1 (способность находить пути)	0,284*	0,110	0,115	-0,216	-0,391*	-0,232	0,173	0,136
ИН 2 (сила воли)	-0,005	-0,053	-0,141	-0,015	-0,205	-0,249	0,188	0,158
Тест смысложизненных ориентаций								
Общий показатель	-0,232	-0,020	0,033	-0,148	-0,124	-0,155	-0,033	-0,145
Цели жизни	-0,263*	-0,010	0,055	-0,113	-0,127	-0,204	-0,018	-0,125
Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни	-0,226	0,128	0,055	-0,011	0,002	-0,128	-0,113	-0,167
Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией	-0,238	-0,081	0,018	-0,062	-0,171	-0,122	-0,029	-0,265*
Локус контроля (Я-хозяин жизни)	-0,173	0,064	0,097	-0,121	0,004	-0,138	0,027	-0,130
Локус контроля - жизнь, или управляемость жизни	-0,177	-0,039	0,001	-0,182	-0,102	-0,151	-0,052	-0,156
Опросник «Уровень мотивации достижения успеха»								
УМДУ	-0,091	0,007	-0,125	0,200	-0,006	0,002	0,177	-0,041

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$.

Копинг-стратегии принятия ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания имели статистически достоверную (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательную связь с регуляторным процессом моделирования ($r = -0,321$, $r = -0,262$, $r = -0,346$ соответственно). Моделирование характеризует индивидуальную развитость представлений о внутренних и внешних значимых условиях достижения целей как в текущей ситуации, так и перспективе, степени их осознанности. При высокой форсированности моде-

лирование является одним из факторов надежности осознанной саморегуляции в препятствии формированию острого стресса. Полученные результаты показывают, что при низкой развитости регуляторного процесса моделирования респонденты с большей выраженностью предпочитали мало адаптивные и неадаптивные стратегии принятия ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания для преодоления стрессовых ситуаций.

Также нами выявлены достоверные (показатель корреляции статистически значимо отли-

чается от 0, $p < 0,05$) положительные связи между выраженностью предпочтения копинг-стратегии конфронтации и такими регуляторно-личностными свойствами осознанной саморегуляции как гибкость ($r = 0,383$) и самостоятельность ($r = 0,375$) и отрицательная связь с показателями моделирования. Высокая пластичность регуляторных процессов, излишняя автономность в организации активности при недостаточной способности к моделированию в стрессовых условиях являются предикторами стратегии конфронтации с недостаточной целенаправленностью в поведении, которое становится преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Выявленная достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положительная связь копинг-стратегии дистанцирования с гибкостью в саморегуляции ($r = 0,272$) позволяет предположить, что высокий уровень развития гибкости предопределяет в стрессовой ситуации выбор стратегии дистанцирования, т.е. способствует эмоциональной отстраненности вплоть до обесценивания травматической ситуации.

Копинг-стратегии самоконтроля и конфронтации в наибольшей степени определяются ресурсами саморегуляции. Стратегия конфронтации чаще используется при наличии выраженных регуляторно-личностных свойств гибкости и самостоятельности, а также при недостаточно развитой способности к моделированию. Стратегия самоконтроля определяется развитой способностью к планированию, моделированию, а также высоким общим уровнем саморегуляции.

Недостаточно развитая способность к моделированию, предопределяющая трудности в дифференцировке значимых внешних и внутренних условий с резкими перепадами отношения к ситуации и последствиям своих действий, способствует использованию в ситуации стресса или недостаточно конструктивных стратегий поиска социальной поддержки и принятия ответственности, или неконструктивных стратегий конфронтации и бегства-избегания.

Таким образом, стилевые особенности осознанной саморегуляции выступают значимыми факторами выбора копинг-стратегий в преодолении стрессовых ситуаций. В то же время, проведенное исследование показало, что преодолевающее поведение следует рассматривать как реакцию целостной личности. Подтверждением этого является наличие разносто-

ронных и разнонаправленных корреляционных связей образуемых копинг-стратегиями в системе личностной и смысловой регуляции. При этом копинг-стратегии выступают одновременно как в качестве способов личностной регуляции адаптационных процессов, так и способов организации ее компонентов в структуре адаптационного ответа.

При анализе результатов исследования копинг-стратегий и смысложизненных ориентаций (табл. 1) были выявлены лишь достоверные (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательные корреляции выраженности копинга конфронтации и целей в жизни ($r = -263$) и копинга положительной переоценки и удовлетворенностью самореализации ($r = -265$). Полученные результаты позволяют предположить, что недостаточность четких жизненных целей в сочетании с невозможностью их реализации в условиях стрессовой ситуации военного времени могут приводить к актуализации стратегии конфронтации с не всегда целенаправленной поведенческой активностью, направленной на отреагирование негативных эмоций в связи с травматическими событиями. Помимо этого, неудовлетворенность самореализацией предполагает попытки преодоления стрессовой ситуации за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

В то же время необходимо отметить, что корреляционный анализ не обнаружил большого количества взаимозависимостей между смысложизненными ориентациями и копинг-стратегиями. Выявленные закономерности носят лишь предположительный характер как ввиду исключительности стрессовой ситуации военного времени, так и в силу некоторого разрыва между ресурсными возможностями и реальными стратегиями поведения в условиях травматического стресса.

Результаты корреляционного анализа не представили достоверных данных о взаимосвязи показателей копинг-стратегий с уровнем представленности мотива достижения успехов, что не позволяет, однако, думать о невключенности мотивационной составляющей в формирование копинг-ресурсов. Возможно, экстремальный характер стрессовой ситуации военного конфликта «разрывает» связи между копинг-ресурсами и копинг-стратегиями, актуализируя участие одних компонентов личностного потенциала в преодолении стресса и ниве-

лируя актуальность других.

В данном исследовании общий индекс диспозиционной надежды достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательно коррелировал с выраженностью предпочтения копинг-стратегии бегства-избегания ($r = -0,289$) и с выраженностью копинга принятия ответственности ($r = -0,359$). Показатель способности находить пути достоверно (показатель корреляции статистически

значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положительно коррелировал с выраженностью копинга конфронтации ($r = 0,284$) и отрицательно – с выраженностью копинг-стратегии принятия ответственности ($r = -0,391$) (табл. 1).

Результаты корреляционного анализа, направленного на определение взаимосвязей между выраженностью предпочтения различных копинг-стратегий и уровнем жизнестойкости представлены в табл. 2.

Таблица 2

Влияние жизнестойкости (тест жизнестойкости, стресс-тест на иррациональные установки) на формирование того или иного вида копинг-стратегии (корреляции Спирмена)

	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Тест жизнестойкости								
Вовлеченность	-0,134	-0,021	-0,117	-0,108	-0,408*	-0,342*	0,057	0,004
Контроль	-0,017	-0,013	-0,110	-0,113	-0,327*	-0,307*	0,137	0,103
Принятие	-0,265*	0,040	-0,059	-0,196	-0,421*	-0,365*	-0,036	0,020
Жизнестойкость	-0,134	0,031	-0,085	-0,152	-0,444*	-0,375*	0,064	0,050
Стресс-тест на иррациональные установки								
Катастрофизация	0,006	-0,062	0,010	-0,108	-0,110	-0,144	-0,080	0,185
Себя	0,151	0,198	-0,031	0,018	-0,141	0,062	0,033	0,345*
Других	-0,161	0,039	-0,001	-0,148	-0,063	-0,062	-0,020	0,108
Самооценка	0,176	-0,112	-0,085	-0,096	-0,205	-0,029	-0,033	0,224
Фрустрация	-0,126	0,234	0,075	0,090	-0,103	-0,151	0,010	-0,032
Общий	0,097	0,167	0,012	-0,022	-0,101	-0,039	0,047	0,317*

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$.

В проведенном исследовании показатели жизнестойкости достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательно коррелировали с выраженностью копинга принятия ответственности (вовлеченность – $r = -0,408$, контроль – $r = -0,327$, принятие – $r = -0,421$, жизнестойкость – $r = -0,444$) и бегства-избегания (вовлеченность – $r = -0,324$, контроль – $r = -0,307$, принятие – $r = -0,365$, жизнестойкость – $r = -0,375$). Т.е., чем более представленными в личности респондентов были такие диспозиционные компоненты как вовлеченность в происходящее с умением получать удовольствие от собственной деятельности, убежденность в необходимости борьбы за желаемый результат, принятие риска в действиях по приобретению опыта и развитию, а также жизнестойкость как система убеждений о себе, мире и отношениях с ним, способствующая гармонизации отношения к жизни за счет препятствия

возникновению внутреннего напряжения, тем менее вероятным было использование условно-конструктивной стратегии принятия ответственности как способствующей неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой, и неконструктивной стратегии бегства-избегания с уклонением от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей и проблем. Однако положительного влияния жизнестойкости и ее компонентов на выбор стратегии совладания со стрессовой ситуацией нами не было выявлено.

Изучение корреляционных связей между иррациональными установками и копинг-стратегиями в проведенном исследовании (табл. 2) выявило лишь две достоверные (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положительные связи между выраженностью предпочтения стратегии положительной переоценки и уровнем долженствования в отно-

шении себя ($r=0,345$) и общим уровнем рациональности мышления ($r=0,317$). С учетом специфики методики оценивания Стресс-теста на иррациональные установки, полученные данные объясняют алгоритм становления стратегии положительного переоценивания, который предполагает наличие сугубо рационального мышления, позволяющего философски переосмыслить проблемную ситуацию, включив ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Результативность последнего требует соразмерного ситуации и личностным потреб-

ностям соотношения понятий «должен» и «могу», что достижимо лишь в отсутствии иррационального компонента в категории долженствования в отношении себя.

При исследовании корреляционных связей между копинг-стратегиями и диспозиционным оптимизмом (табл. 3) наибольшее количество достоверных (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$) отрицательных связей было выявлено между выраженностью стратегии принятия ответственности и шкалами оптимизма ($r=-0,242$) и пессимизма ($r=-0,247$).

Таблица 3

Влияние оптимизма (тест диспозиционного оптимизма, тест атрибутивных стилей) на формирование того или иного вида копинг-стратегии (корреляции Спирмена)

	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконт-роль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Тест диспозиционного оптимизма								
Оптимизм	-0,048	0,385*	0,156	-0,031	-0,242*	-0,082	-0,087	0,039
Пессимизм	-0,222	0,123	0,135	0,110	-0,247*	-0,050	-0,028	-0,027
Общий	-0,178	0,279*	0,170	0,049	-0,273*	-0,075	-0,073	-0,006
Тест атрибутивных стилей								
Вн	0,311*	0,024	-0,046	0,171	0,067	0,184	0,019	-0,101
Ву	0,122	0,145	0,163	0,125	-0,133	-0,099	0,274*	0,247*
Шн	0,049	-0,017	-0,056	0,115	0,174	0,160	-0,169	0,065
Шу	0,180	-0,066	0,031	0,121	-0,139	-0,029	0,198	0,110
Ян	-0,257*	-0,047	-0,059	-0,133	-0,133	-0,228	-0,034	-0,061
Яу	0,312*	0,027	0,116	0,158	-0,017	0,013	0,358*	0,215
Н	0,053	-0,049	-0,130	0,082	0,075	0,018	-0,118	-0,056
У	0,273*	0,052	0,129	0,163	-0,109	-0,038	0,356*	0,248*
Σ	0,278*	0,019	0,037	0,194	-0,044	-0,016	0,268*	0,175

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$; Вн – время неудач; Ву – время успеха; Шн – широта неудачи; Шу – широта удачи; Ян – Я-неудача; Яу – Я-успешность; Н – итог по неблагоприятным событиям; У – итог по благоприятным событиям; Σ – окончательный итог.

Доминирование как оптимизма с гиперубежденностью в позитивный исход происходящих событий, так и противоположных пессимистических тенденций («все плохо», «ни к чему хорошему это не приведет», «ничего нельзя сделать в этой ситуации») не способствуют принятию личностью своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, т.е. и для глубоких оптимистов, и для глубоких пессимистов оказывается неприемлемой стратегия принятия ответственности. В то же время, выявленные достоверные положительные корреляции между оптимизмом и предпочтением стратегии дистанцирования ($r=0,385$, $p<0,05$) свидетельствуют о том, что способность видеть в будущем исключительно положительные моменты облегчает преодоление негативных стрессовых переживаний за счет снижения степени эмоциональной вовлеченности в травматические события с помощью переключения внимания, отстране-

ния, юмора, обесценивания или же интеллектуальных приемов рационализации.

В данном исследовании (табл. 3) наибольшее количество достоверных (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$) корреляционных связей было выявлено между стратегией конфронтации и пятью параметрами теста атрибутивных стилей, стратегией планирования решения проблем и четырьмя показателями теста, копингом положительной переоценки и двумя характеристиками атрибутивного стиля респондентов. Выраженность предпочтения стратегии конфронтации положительно коррелировала с такими показателями теста атрибутивных стилей как время неудач ($r=0,311$), Я – успешность ($r=0,312$), итоговым показателем по благоприятным событиям ($r=0,273$) и итоговым показателем теста ($r=0,278$), отрицательно – с показателем Я – неудача ($r=-0,257$). Полученные данные позволяют предположить,

что ориентированная на эмоции стратегия конфронтации чаще используется при оптимистической когнитивной оценке персонализации в плохих условиях (когда личность не усматривает собственной вины в неудачах и проблемах) и при хороших условиях (когда личность склонна преувеличивать собственные заслуги), а также при оптимистичном атрибутивном стиле объяснения в широком диапазоне условий. В этих случаях энергичность и предпримчивость оптимистов обеспечивает их способность к сопротивлению трудностям, однако излишний оптимизм может спровоцировать импульсивность в поведении, трудности планирования действий, прогнозирования их результата и коррекции стратегии поведения, т.е. создает риск неадаптивного или недостаточно адаптивного способа разрешения стрессовой ситуации. Пессимистическая когнитивная оценка личности постоянства собственных неприятностей («неудачи сопровождают меня по жизни», «я постоянно живу в проблемах», «мне постоянно не везет, поэтому неудивительно, что я оказался в ситуации войны») также может способствовать формированию и предпочтительному использованию стратегии конфронтации в виде поведенческой активности, направленной на отреагирование негативных эмоций в связи со стрессовой ситуацией, иногда с элементами конфликтности и враждебности.

Наиболее часто используемый респондентами в проведенном исследовании копинг планирования решения проблем положительно коррелировал с такими показателями теста атрибутивных стилей как время успеха ($r=0,274$), Я – успешность ($r=0,358$), итоговым показателем по благоприятным событиям ($r=0,356$) и итоговым показателем теста ($r=0,268$). Оптимистичный когнитивный стиль способствовал планированию собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта, оцениваемого с позиций непреложного умения справляться с любыми трудностями и имеющихся ресурсов, включающих позитивную оценку собственного вклада в решение жизненных проблем.

Положительные корреляции выраженности предпочтения стратегии положительной переоценки с показателями времени успеха ($r=0,247$) и итоговым показателем по благоприятным событиям ($r=0,248$) свидетельствовали о вкладе оптимистической оценки постоянства собственной успешности в разрешении проблем и оптимистичного когнитивного стиля в целом в возможность положительного переосмысления респондентами стрессовой ситуации военного вре-

мени с позиций восприятия ее как стимула для личностного роста.

Таким образом, оптимизм являлся предпосылкой для формирования конструктивных (планирование решения проблем) и условно конструктивных (положительной переоценки) копинг-стратегий, привнося, в то же время, конструктивные моменты в использование респондентами конфронтационного копинга.

При проведении корреляционного анализа между стратегиями копинг-поведения и толерантностью к неопределенности (табл. 4) были выявлены достоверные (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p<0,05$) положительные корреляционные связи таких видов копинг-стратегий как конфронтация, самоконтроль, планирование решения проблем и положительная переоценка с отдельными компонентами толерантности к неопределенности, при этом толерантность к неопределенности в целом не коррелировала ни с одним из видов копинга.

Наибольшее количество корреляционных взаимозависимостей обнаруживала выраженность предпочтения наиболее распространенной копинг-стратегии планирования решения проблем: с параметрами отношения к новизне ($r=0,286$), отношения к неопределенным ситуациям ($r=0,239$) и предпочтения неопределенности ($r=0,209$). Другими словами, респонденты, отдающие предпочтение новизне, пусть даже с элементами неопределенности, конструктивно справляющиеся с неопределенными ситуациями, имели достаточный навык целенаправленного анализа ситуации стресса и конструктивного разрешения возникших трудностей военного времени.

В то же время, выраженность конфронтационного копинга положительно коррелировала с показателями отношения к сложным задачам ($r=0,310$) и предпочтения неопределенности ($r=0,245$), что может свидетельствовать о специфическом влиянии толерантности к неопределенности не только на стратегическое умение решать возникшие проблемы, но и на формирование эмоционально ориентированной копинг-стратегии. Чем более выраженным было умение решать сложные задачи, даже в ситуации неопределенности, тем более импульсивным и конфликтным было поведение, теряющее целенаправленность и рациональную обоснованность в стрессовой ситуации.

Предпочтение копинга положительной переоценки коррелировало с показателями отношения к новизне ($r=0,205$) и отношения к неопреде-

ленным ситуациям ($r=0,223$), что может свидетельствовать о том, что устойчивость к неопределенным, в том числе новым, ситуациям спо-

собствует положительному переосмыслению стрессовой ситуации, формирует стимулы для саморазвития.

Таблица 4

Влияние толерантности к неопределенности (шкала толерантности к неопределенности) на формирование того или иного вида копинг-стратегии

	Конфронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Отношение к новизне	0,134	0,173	0,204*	0,081	-0,073	0,092	0,286*	0,205*
Отношение к сложным задачам	0,310*	-0,101	-0,011	0,007	-0,036	0,078	0,079	0,048
Отношение к неопределенным ситуациям	0,199	0,003	0,068	0,102	-0,050	0,143	0,219*	0,223*
Предпочтение неопределенности	0,245*	0,038	-0,010	-0,053	-0,197	0,035	0,209*	0,192
Толерантность к неопределенности	0,134	-0,019	0,057	0,182	0,103	0,148	0,160	0,142

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$.

Выраженность предпочтения стратегии самоконтроля положительно ($r=0,204$) коррелировала с отношением к новизне, что может быть свидетельством того, что стремление к новому способствует формированию умения минимизировать влияние эмоций на оценку ситуации и, как следствие, рационализации подходов к разрешению проблем.

Подводя итог представленным данным, следует отметить, что вероятность развития психологического стресса в экстремальной ситуации зависит от особенностей личности, обладающей определенным личностным потенциалом. Стрессовая ситуация военного времени приводит к разрушению субъективного жизненного мира. При этом лишь сам субъект в силах изменить свою индивидуальную теорию мира и себя самого, сделать эту теорию более реалистичной, переосмыслить выпавшие на его долю невзгоды как неотъемлемую часть жизни. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью данных обстоятельств, самой себя, а также меру прилагаемых ею усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни. Успешность совладания со стрессовой ситуацией определяется копинг-ресурсами. Составляющие личностного потенциала (самоэффективность, саморегуляция, самодетерминация, жизнестойкость, толерантность к неопределенности, контроль над действием, рефлексия) в значительной степени влияют на копинг ресурс

личности и, соответственно, на копинг-поведение в ситуации стресса. Несмотря на отсутствие большого количества корреляционных связей между этими составляющими личностного потенциала и копинг-стратегиями в ситуации хронического стресса военного времени, в результате анализа приведенных данных были установлены следующие закономерности:

- копинг-стратегии самоконтроля и конфронтации в значительной степени определяются ресурсами саморегуляции;

- высокий уровень жизнестойкости и ее составляющих препятствует использованию стратегий бегства-избегания и принятия ответственности;

- преобладание рационального стиля мышления влияет исключительно на формирование стратегии положительного переосмысления стрессовой ситуации военного времени;

- оптимизм может рассматриваться как личностная характеристика, оказывающая существенное влияние на формирование стратегий преодоления стрессовой ситуации военного времени. При этом диспозиционный оптимизм может быть фактором, сглаживающим условно конструктивный характер копинг-стратегии дистанцирования, а оптимистичный атрибутивный стиль может усиливать неадаптивный характер стратегии конфронтации. В то же время, оптимизм в когнитивной оценке ситуации способствует формированию конструктивных стратегий

планирования решения проблем и положительной переоценки;

- толерантность к неопределенности стимулирует использование стратегии положительной переоценки.

Результаты корреляционного анализа не представили достоверных данных о взаимосвязи показателей копинг-стратегий с уровнем представленности мотива достижения успехов, рефлексии (см. часть I) и смысложизненных ориентаций, что не позволяет, однако, думать о невключенности мотивационной, эмотивной и когнитивной составляющих в формирование копинг-ре-

сурсов. Возможно, экстремальный характер стрессовой ситуации военного конфликта «разрывает» связи между копинг-ресурсами и копинг-стратегиями, актуализируя участие одних компонентов личностного потенциала в преодолении стресса и нивелируя актуальность других.

Таким образом, копинг-поведение личности в ситуации хронического стресса военного времени является сложным системным образованием, в значительной степени детерминированным личностными (индивидуально-психологическими) характеристиками, свойствами и качествами.

Ряполова Т.Л., Тахташова Д.Р.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧАСТЬ II)

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экстремальные жизненные ситуации, копинг-стратегии, личностный потенциал

В статье, в продолжение данным, представленным в части I настоящего исследования, приведены результаты корреляционного анализа стратегий совладания со стрессом и отдельными составляющими личностного потенциала (саморегуляция, жизнестойкость, оптимизм, толерантность к неопределенности). Показано, что копинг-стратегии самоконтроля и конфронтации в значительной степени определяются ресурсами саморегуляции; высокий уровень жизнестойкости и ее составляющих препятствует использованию стратегий бегства-избегания и принятия ответственности; преобладание рационального стиля мышления влияет исключительно на формирование стратегии положительного переосмысления стрессовой ситуации военного времени; оптимизм может рассматриваться как личностная характеристика, оказывающая существенное влияние на формирование стратегий преодоления стрессовой ситуации военного времени, при этом диспозиционный оптимизм может быть фактором, сглаживающим условно конструктивный характер копинг-стратегии дистанцирования, а оптимистичный атрибутивный стиль может усиливать неадаптивный характер стратегии конфронтации; в то же время, оптимизм в когнитивной оценке ситуации способствует формированию конструктивных стратегий планирования решения проблем и положительной переоценки; толерантность к неопределенности стимулирует использование стратегии положительной переоценки. Отсутствие достоверных данных о взаимосвязи показателей копинг-стратегий с уровнем представленности мотива достижения успехов, рефлексии (см. часть I) и смысложизненных ориентаций не позволяет, однако, думать о невключенности мотивационной, эмотивной и когнитивной составляющих в формирование копинг-ресурсов. Возможно, экстремальный характер стрессовой ситуации военного конфликта «разрывает» связи между копинг-ресурсами и копинг-стратегиями, актуализируя участие одних компонентов личностного потенциала в преодолении стресса и нивелируя актуальность других. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 27-36).

Ryapolova T.L. Takhtashova D.R.

COPING STRATEGIES AND PERSONALITY POTENTIAL IN EXTREME LIFE SITUATIONS (PART II)

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: extreme life situations, coping strategies, personality potential

The article presents the results of correlation analysis of coping strategies and the individual components of the personal potential (self-regulation, resilience, optimism, uncertainty avoidance) in addition to the data presented in Part I of this study. It is shown that coping strategies and self-confrontation is largely determined by the resources of self-regulation; a high level of resilience and its components preclude the use of strategies of escape-avoidance and acceptance of responsibility; the predominance of rational thinking style affects only the formation of a positive strategy to rethink the stressful situation of war; optimism can be considered as personal characteristics that significantly affects the formation of strategies of overcoming stress of wartime, either the dispositional optimism may be a factor smoothing conditionally constructive coping strategies of distancing and optimistic attributional style can enhance non-adaptive nature of confrontations strategy. At the same time optimism in the cognitive assessment of the situation contributes to the formation of structural planning strategies to solve problems and positive reevaluation; uncertainty avoidance strategy encourages the use of positive reevaluation. Lack of reliable data on the relationship of indicators of coping strategies with the level of representation of the motive to achieve success, reflection (see Part I) and the life-sense orientation however does not allow to think of the non-inclusion of motivational, cognitive and emotive components in the formation of coping resources. Perhaps the extreme nature of the stressful situation of military conflict "breaks" the connection between coping resources and coping strategies, actualizing part of some components of personal potential in overcoming stress and leveling the relevance of others. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 27-36).

Литература

1. Резникова Е. Особенности личностной регуляции совладающего поведения студентов / Е. Резникова. - «Освіта регіону». - 2013. - №3. - С. 242.
2. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы

человека / Д.А. Леонтьев // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. - М.: «Смысл», 1999. - С.156-176.

3. Калитевская Е. Р. Адаптация или развитие: выбор

- психотерапевтической стратегии / Е. Р. Калитеевская, В. И. Ильичева. // Психологический журнал. — 1995. — № 1. — С. 115—121.
4. Муздыбаев К. Измерение надежды / К. Муздыбаев // Психологический журнал. - 1999. - № 4. - С. 26–35.
5. Ильин Е. Психология надежды. Оптимизм и пессимизм / Е. Ильин. — СПб: Питер, 2015. — 288 с.
6. Maddi S.R. Hardiness training at Illinois Bell Telephone / S.R. Maddi // Health promotion evaluation / J.P. Opatz (Ed). - National Wellness Institute, 1987. - P. 101–115.
7. Бодров В.А. Личностная детерминация развития и преодоления психологического стресса / В.А. Бодров. // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. — С. 235-256.
8. Крюкова Т.Л. Стили совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях / Т.Л. Крюкова // Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Выпуск 1. / Под ред. В.А. Бодрова и А.Л. Журавлева. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — С. 298-316.
9. Williams P.G. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health / P.G. Williams, D.J. Wiebe, T.W. Smith // Journal of Behavioral Medicine.— 1992.— Vol. 15, № 3.— P. 237-255.
10. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
11. The relationship between coping and personality among police officers in Singapore / G.D.Bishop, E.M.W. Tong, S.M. Diong [et al.] // Journal of Research in Personality. - 2001. — № 35. — P. 353-374.
12. Florian V. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping / V. Florian, M. Mikulincer, O. Taubman // Journal of Personality and Social Psychology. — 1995. — № 4. — P. 687 - 695.
13. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. / А. Эллис. — СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 272 с.
14. Гордеева Т.О. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (ЛОТ) / Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин. // Психологическая диагностика. - 2010. - № 2. — с. 36 – 65.
15. Коростылева Л. А. Психология самореализации / Л.А. Коростылева. — СПб: Речь, 2005. — 222 с.
16. Furnham A. A content, correlation and factor analytic study of four tolerance of ambiguity questionnaires / A. Furnham // Personality and Individual Differences. - 1994. — Vol. 3, №16. — p. 403-410.
17. Юртаева М. Н. Толерантность к неопределенности и предпочтения в способах обработки информации / М. Н. Юртаева // Ученые записки кафедры теоретической и экспериментальной психологии Российского государственного профессионально-педагогического университета. — Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.- пед. ун-та., 2011. — Вып. 3. — С. 44–67.
18. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 2011. — 675 с.
19. Леонтьев Д.А. Вызов неопределенности как центральная проблема психологии личности // Психологические исследования. - 2015. - Т. 8, № 40. - С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.08.2016).

Поступила в редакцию 16.09.2016

Соловьева М.А.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОГИГИЕНА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: невротические расстройства, работники финансовых учреждений, психотерапия, психопрофилактика, психогигиена

В современном мире на протяжении последних лет наблюдается рост и усложнение действия социальных и экономических факторов, оказывающих негативное действие на психическое здоровье различных социальных групп населения, и создающих предпосылки для роста заболеваемости невротическими и социально-стрессовыми расстройствами [1,2].

Сотрудники финансово-кредитных учреждений относятся к категориям населения, которые чаще всего испытывают на себе влияние многочисленных стрессовых факторов, способствующих возникновению невротических расстройств. Сектор финансовых услуг претерпел в последние десятилетия значительные организационные изменения. Специфическим для финансово-кредитных учреждений является усиление психоэмоциональной нагрузки на сотрудников, роста энергетических и личностных затрат, в связи с несовершенством законодательства, быстрых изменений финансовых условий деятельности, экономической нестабильности системы. В настоящее

время эта проблема приобретает все большее значение, так как имеются данные, свидетельствующие о значительных экономических потерях при недостаточном внимании к состоянию психического здоровья данного контингента [9,10].

Актуальными являются вопросы протекания у сотрудников невротических расстройств, возможности их ранней диагностики, разработка мероприятий по проведению психотерапии и профилактики. Было установлено, что из всех категорий сотрудников финансово-кредитных учреждений, акцент падает на тех, кто непосредственно имеет дело с клиентской базой, как наиболее подверженных рискам развития невротических расстройств [3 - 8, 11].

Цель работы. На основании анализа выявленных невротических расстройств разработать систему психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, обеспечивающих сохранение психического здоровья и адекватного уровня работоспособности сотрудников финансово-кредитных учреждений.

Материал и методы исследования

Для анализа были использованы результаты обследования сотрудников отделений банков и пенсионного фонда г.Донецка. Клинико-психопатологическое исследование проводилось в виде стандартизованного и клинико-психопатологического интервью с последующим анализом полученных результатов. Заключение о наличии у обследуемых невротических расстройств было сформировано на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Были сформированы основная группа и группа сравнения, в которые входили сотрудники банков и пенсионных фондов, которые непосредственно имели дело с клиентской базой. У всех

включенных в группы сотрудников были диагностированы невротические расстройства. Состав групп был идентичен по гендерным признакам, возрасту, характеру клинических проявлений. В основную группу входили 64 сотрудника банка, у которых были диагностированы следующие расстройства: неврастения (F48.0), расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция, в том числе с преимущественно тревожными симптомами (F43.22), расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21). В группу сравнения входили сотрудники банка – 27 человек и отделений пенсионного фонда (ОПФ) – 30 человек, у

которых были выявлены аналогичные невротические расстройства.

В основной группе, первой подгруппе проводился комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на отработку значимых психотравмирующих переживаний и включающий рациональную психотерапию, косвенную психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию, обучение аутогенной тренировке, суггестивную психотерапию, групповую психотерапию с использованием элементов гештальт-терапии, а также психогигиенические мероприятия. Во вторую подгруппу вошли 30 сотрудников банка с аналогичными диагнозами. В данной подгруппе проводились рациональная психотерапия, косвенная психотерапия, обучение аутогенной тренировке и психогигиенические мероприятия. В группу сравнения были включены 59 сотрудников банка и ОПФ с невротическими расстройствами, у которых использовались только рациональная психотерапия и психогигиенические мероприятия.

Результаты исследования и их обсуждение

Наличие начальных проявлений невротических расстройств было выявлено у 46,3±3,0% обследованных сотрудников финансово-кредитных учреждений. Для банковских служащих этот показатель составил 45,5±6,6%, для работников пенсионного фонда 49,2±3,6%. При проведении анализа не выявлено статистически значимой разницы ($p=0,08$ по критерию χ^2) распределения

Психодиагностическое исследование было проведено с использованием методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса (шкала жалоб VFB, К. Нцск, Н. Несс, 1975), методики «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т.Холмса-Р. Раге (Holmes и Rahe, 1967), шкал реактивной и личностной тревожности методики самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978), методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т. И. Балашовой, 1998). Для скринингового выявления депрессивной и тревожной симптоматики, кроме этого, использовали госпитальную шкалу самооценки тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983).

При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального закона распределения) либо критерий Крускала-Уоллиса (в случае отличия закона распределения от нормального).

групп служащих банков и пенсионных фондов по частоте возникновения и структуре невротических расстройств.

Результаты психодиагностического обследования сотрудников финансово-кредитных учреждений до начала проведения психотерапии, психопрофилактики и психогигиены представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительные результаты психодиагностического обследования сотрудников основной группы первой и второй подгруппы и группы сравнения до проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий

Значение показателя психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Основная группа (n=64)		Группа сравнения (n=57)	
	Первая подгруппа (n=34)	Вторая подгруппа (n=30)		
Показатель невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса)	20,2±1,0*	24,1±0,5	21,3±0,7	0,01
Показатель стрессоустойчивости (методика Т.Холмса-Р.Раге)	157,3±20,5	171,6±12,5	167,6±13,9	0,38
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	43,9±0,8	46,0±0,7	45,2±0,6	0,18
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	46,1±0,9	47,5±0,8	47,4±0,9	0,32
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	48,3±1,9	51,5±1,0	51,5±0,8	0,50
Показатель тревоги (шкала HADS)	8,35±0,45	7,83±0,53	7,93±0,33	0,64
Показатель депрессии (шкала HADS)	7,88±0,43	7,77±0,50	8,05±0,26	0,89

* - отличие от второй группы статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений);

При проведении анализа психодиагностических показателей было определено, что их среднее значение в группах до проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий статистически не отличались ($p > 0,05$), исключение составляли средние значения показателя невротизации методики экспресс-диагностики невроза К.Хека и Х.Хесса.

Для первой подгруппы он составил $20,2 \pm 1,0$, для второй подгруппы - $24,1 \pm 0,5$, для группы сравнения - $21,3 \pm 0,7$. Разница между показателями была статистически значима ($p = 0,01$). Таким образом, степень невротизации во второй подгруппе была выше, чем в первой подгруппе и в группе сравнения. Это подтверждалось данными, полученными в ходе проведения развернутого комплексного клинически структурированного интервью, соответственно диагностических критериев раздела IV МКБ-10 и индивидуальной психотерапевтической работы с сотрудниками. Психотерапевтические и психопрофилактические мероприятия проводились дифференцированно, с учетом полученных данных. Опыт в начале проведения мероприятий психотерапии и психопрофилактики показал, что при одинаковой их интенсивности в первой и во второй подгруппе, эффективность во второй подгруппе снижалась, за счет возможной передозировки психологического напряжения во время занятий, которое воспринималось как дополнительная нагрузка и приводило к истощению компенсаторных возможностей, воп-

реки желаемому положительному результату. Таким образом, для этой группы было целесообразно поэтапное дозирование психотерапевтических форм и мероприятий или более глубокий индивидуальный подход, изучение и учет индивидуальных программ при проведении групповой психотерапии. При проведении рациональной и косвенной психотерапии у сотрудников в этой группе отмечалось улучшение понимания сущности болезненных проявлений, снижалась настороженность по отношению к проводимым мероприятиям, сопротивление психотерапевтическому вмешательству, происходило постепенное уменьшение внутренней тревоги и напряжения. За счет релаксационного и восстанавливающего действия упражнений аутогенной тренировки уменьшались проявления астенического, астено-депрессивного и тревожного синдромов. При проведении сравнения результатов психодиагностического исследования до и после проведения психотерапевтического, психопрофилактического и психогигиенического вмешательств, в этой группе также наблюдалось улучшение состояния, однако степень его выраженности была меньшей, чем в первой основной группе.

С целью оценки результатов проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий у сотрудников финансово-кредитных учреждений было проведено повторное психодиагностическое обследование, результаты которого приведены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительные результаты психодиагностического обследования сотрудников первой и второй основной группы и первой группы сравнения после проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий

Значение показателя психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Основная группа (n=64)		Группа сравнения (n=57)	
	Первая подгруппа (n=34)	Вторая подгруппа (n=30)		
Показатель невротизации (методика К.Хека-Х.Хесса)	17,0±0,8*#§	22,8±0,5 [§]	21,0±0,6	<0,001
Показатель стрессоустойчивости (методика Т.Холмса-Р.Раге)	121,5±11,4 [§]	145,7±11,0 [§]	163,0±12,6	0,06
Показатель реактивной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	41,4±0,6*#§	44,5±0,6 [§]	44,8±0,5	<0,001
Показатель личностной тревожности (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина)	44,5±0,7*#§	46,4 ±0,7	47,3±0,9	0,02
Показатель депрессии (методика В.Зунге)	47,0±0,9*#§	49,8±0,8 [§]	51,7±0,7	<0,001
Показатель тревоги (шкала HADS)	6,79±0,34 [§]	7,10±0,48	7,86±0,28	0,07
Показатель депрессии (шкала HADS)	6,82±0,34*#§	7,30±0,45 [§]	8,04±0,25	0,01

* - отличие от второй группы статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений); # - отличие от группы сравнения статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений); § - отличие от показателей до лечения статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий сравнения для связанных выборок).

При анализе результатов повторного исследования была выявлена положительная динамика психического состояния сотрудников финансово-кредитных учреждений в результате проведения полного комплекса психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, что проявлялось снижением значений всех показателей по сравнению с исходным состоянием. Для второй подгруппы, где проводили сокращенный комплекс психотерапевтических мероприятий, показатели также снизились, кроме показателя личностной тревожности по методике самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978). Для группы сравнения статистически значимого снижения показателей в результате повторного обследования не выявлено.

После проведения комплекса мероприятий, среднее значение показателя невротизации в первой подгруппе стало статистически значимо ($p < 0,05$) ниже ($17,0 \pm 0,8$ баллов), чем во второй подгруппе ($22,8 \pm 0,5$ баллов) и ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения ($21,0 \pm 0,6$ баллов), при этом значимого отличия средних значений этого показателя между второй подгруппой пациентов и группой сравнения не было выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, наблюдалась положительная динамика психического состояния служащих в основной группе, что клинически проявлялось в снижении выраженности у них невротических расстройств.

Также после проведения комплекса мероприятий отмечалось статистически значимое ($p = 0,06$) снижение среднего показателя стрессоустойчивости методики Т.Холмса - Р.Раге в первой подгруппе ($121,5 \pm 11,4$ баллов) и второй подгруппе ($145,7 \pm 11,0$ баллов) основной группы при отсутствии динамики в группе сравнения ($163,0 \pm 12,6$). Данные изменения показателя свидетельствовали о росте адаптивных возможностей сотрудников, снижении восприимчивости к фрустрирующим факторам.

Существенные положительные результаты были отмечены при анализе показателя реактивной тревожности. В первой подгруппе основной группы отмечалось значительное снижение данного показателя до уровня средних пределов нормы ($41,4 \pm 0,6$ баллов), что статистически значимо ($p < 0,001$) отличалось от значений во второй подгруппе ($44,5 \pm 0,6$ баллов) и группе сравнения ($44,8 \pm 0,5$ баллов). Данные результаты свидетельствуют о повышении адекватности эмоционального ответа, уменьшении субъективно переживаемого напряжения, беспокойства, оза-

боченности в момент проведения исследования, субъективно воспринимающегося как значимая стрессогенная ситуация. Данный результат соответствовал результатам повторного клинико-психопатологического обследования и клинического интервью. Во второй подгруппе результаты были менее выражены за счет большей глубины невротических проявлений до начала проведения мероприятий и, все же, наблюдалась положительная динамика показателя ($44,5 \pm 0,6$ баллов).

Показатель личностной тревожности методики самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978) снизился после проведения развернутой системы мероприятий в первой подгруппе основной группы и составил $44,5 \pm 0,7$ баллов. Данное значение статистически значимо ($p = 0,02$) отличалось от показателя в группе сравнения. Во второй подгруппе, с сокращенным объемом вмешательства, динамики показателя не было. Полученные результаты свидетельствуют о том, что изменения в психическом состоянии сотрудников происходили на более глубоком, личностном уровне, затрагивали более глубокие механизмы невротического реагирования и требовали для позитивной трансформации большего объема психотерапевтического вмешательства. Особенностью данного вмешательства было использование лично-ориентированного подхода при проведении мероприятий.

Динамика показателя тревоги шкалы HADS позволяет сделать вывод о снижении уровня тревоги в первой подгруппе основной группы ($6,79 \pm 0,34$ баллов), что статистически достоверно ниже ($p = 0,07$), чем до проведения системы психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий. Во второй подгруппе основной группы данный показатель снизился незначительно, что может быть объяснено большей выраженностью невротической симптоматики в сочетании с меньшим объемом психотерапевтического вмешательства. В группе сравнения динамики показателя не было.

При проведении анализа средних значений показателя по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунге установлено, что после проведения полного комплекса мероприятий, среднее значение в первой подгруппе стало статистически значимо ($p < 0,001$) ниже ($47,0 \pm 0,9$ баллов), чем во второй подгруппе ($49,8 \pm 0,8$ баллов) и ниже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения ($51,7 \pm 0,7$ баллов), при этом статистически значимого отличия сред-

них значений этого показателя между второй подгруппой сотрудников и группой сравнения не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, выявлена зависимость динамики данного показателя от объема психотерапевтического вмешательства.

Применение психотерапевтических методов в профилактике невротических расстройств у данного контингента служащих позволяет существенно снизить частоту их развития, уменьшить степень их проявлений, если они уже существовали ранее. Также использование психотерапевтических техник позволяет улучшить адаптационные механизмы сотрудников при их взаимодействии и общении в процессе производственной деятельности, позволяет каждому служащему создать оптимальную социальную нишу в коллективе, нормализовать рабочие отношения с руководством, что, в свою очередь, приводит к улучшению качества их жизни и оказывает положительное влияние на производительность труда.

Таким образом, можно было говорить о статистически достоверном улучшении показателей психического состояния сотрудников в основной группе после проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, причем в первой подгруппе улучшение показателей более выражено. Уровень невротизации и депрессии в первой подгруппе при повторном обследовании не превышал показателей нормы. Субъективная оценка сотрудниками редукции невротических проявлений совпадала с результатами психодиагностического обследования. Клинический эффект характеризовался улучшением настроения, снижением амплитуды эмоциональных колебаний и проявлений синдрома раздражительной слабости, улучшением сна, ростом уверенности в себе, повышением уровня производительности в повседневных делах и социальной активности, уменьшением выраженности тревоги и беспокойства, формированием новых адаптивных способов борьбы с психотравмирующей ситуацией, связанными с работой и интерперсональными взаимоотношениями. Во второй подгруппе основной группы определялось улучшение всех исследуемых показателей, но в меньшей степени. Это связано с тем, что в данную подгруппу были отобраны сотрудники с более выраженными

проявлениями невроза, которые требуют более длительного психотерапевтического вмешательства с акцентом на индивидуальные формы психотерапевтической работы. В результате проведения психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий значительно оптимизировался психологический климат в коллективах, улучшилось взаимодействие между сотрудниками, о чем говорили руководители подразделений, независимо друг от друга. В группе сравнения позитивных изменений обнаружено не было, в связи с чем можно сделать вывод о недостаточной эффективности проведения только психогигиенических мероприятий и рациональной психотерапии для предупреждения развития невротических состояний у сотрудников финансово-кредитных учреждений.

В результате было отмечено, что применение психотерапевтических методов в профилактике невротических расстройств у данного контингента служащих позволяет существенно снизить частоту их развития, уменьшить степень их проявлений, если они уже существовали ранее, создать позитивное отношение к своему состоянию. Также использование психотерапевтических техник позволяет улучшить адаптационные механизмы сотрудников при их взаимодействии и общении в процессе производственной деятельности, позволяет каждому служащему создать оптимальную социальную нишу в коллективе, нормализовать рабочие отношения с руководством, что, в свою очередь, приводит к улучшению качества их жизни и оказывает положительное влияние на производительность труда.

Разработанная и внедренная нами система психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий позволила повысить уровень психического здоровья сотрудников финансово-кредитных учреждений, уменьшить риск развития у них невротических расстройств, стабилизировать и уменьшить степень проявления тех расстройств, которые уже были диагностированы. Это способствовало повышению эффективности их труда за счет оптимизации психологического климата в коллективах и улучшения взаимодействия между сотрудниками и при работе с клиентами.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОГИГИЕНА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: невротические расстройства, работники финансовых учреждений, психотерапия, психопрофилактика, психогигиена

В статье представлен анализ результатов клинических и психопатологических и психодиагностических обследований работников банков и отделений Пенсионного фонда города Донецка.

Согласно целям исследования были сформированы две группы сотрудников с диагнозом невротических расстройств. Состав групп был идентичен по полу, возрасту, характеру клинических проявлений. В основной группе, в двух подгруппах был проведен разный по объему комплекс психотерапевтических и профилактических, психогигиенических мероприятий, в группе сравнения они не проводились. Во время повторной исследования была отмечена существенная положительная динамика психического состояния в основной группе при отсутствии динамики в группе сравнения. Клинический эффект характеризовался улучшением настроения, уменьшением амплитуды эмоциональных колебаний и проявлений синдрома раздражительной слабости, улучшением сна, повышением продуктивности в повседневной деятельности и уровня социальной активности, снижением уровня тревоги, формированием новых адаптивных способов борьбы со стрессовыми ситуациями, связанных с работой и межличностными отношениями.

Использование психотерапевтических методов профилактики невротических расстройств у данного контингента сотрудников может значительно снизить частоту их развития, уменьшить проявления ранее выявленных нарушений психического здоровья, улучшить механизмы адаптации работников, их взаимодействие и коммуникации в производственном процессе. Оптимизация производственных отношений, в свою очередь приводит к улучшению качества жизни, а также оказывает положительное влияние на производительность труда. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 37-42).

Solovyova M.A.

PSYCHOTHERAPY, PSYCHOPREVENTION AND MENTAL HYGIENE OF NEUROTIC DISORDERS IN EMPLOYEES OF FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: neurotic disorders, employees of financial institutions, psychotherapy, mental prophylaxis, mental hygiene

Analysis of the results of clinical and psychopathological and psychodiagnostic examinations of employees of banks and offices of the Pension Fund of Donetsk was conducted.

According to study two groups of employees diagnosed with neurotic disorders were formed. The composition of the groups was identical by gender, age, nature of clinical manifestations. In the study group, in two different sub-groups were conducted in terms of psychotherapy and prophylactic intervention, as well as mental hygienic measures in the second group - comparisons, used rational psychotherapy and mental hygienic measures. During the reexamination of the positive dynamics of the mental state was found in the study group, in the absence of dynamics in the comparison group. The clinical effect was characterized by improving mood, reducing the amplitude of the emotional vibrations and manifestations of the syndrome of irritable weakness, sleep improvement, increasing confidence, increasing productivity in daily activities and social activity, a decrease in anxiety severity and anxiety, the formation of new adaptive ways to deal with stressful situations related work and interpersonal relationships.

The use of psychotherapeutic methods in the prevention of neurotic disorders in this group of employees can significantly reduce the frequency of their development, reduce their manifestations, if they already existed before, to improve coping mechanisms of employees in their interaction and communication in the production process, it helps to optimize the production relations, which in turn leads to an improvement in quality of life, and has a positive effect on productivity. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 37-42).

Литература

1. Абрамов В.А. Основы качественной психиатрической практики / В.А. Абрамов, С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. - Донецк: Каштан, 2004. - 248с.
2. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия "Практические руководства" / Ю.А. Александровский. - М: Литтерра (Litterra), 2010. - 272с.
3. Артамонова Л.Н. Организационный стресс у сотрудников банка / Л.Н. Артамонова А.Б. Леонова // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2009. - № 1. - С. 39-52.
4. Барабанщикова В.В. Анализ профессионального стресса банковских служащих / В.В. Барабанщикова // Национальный психологический журнал. - Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова - 2010 №1(3). - С. 118-121.
5. Ильясов С.М. О мотивации персонала коммерческого банка / С.М. Ильясов // Банковское дело. - 2010. - № 4. - С. 68-71.
6. Менделевич Д.М. Преклинические психические расстройства у банковских служащих / Д.М. Менделевич, Г.В Орлов, К.К. Яхин // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия. - 2009, № 38. - С. 60-62.
7. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья / Г.В. Орлов // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009. - № 06. – С. 37-39.
8. Райхлина Н.А. Внутриличностные конфликты работников бюджетной сферы / Н.А. Райхлина // Отдел кадров бюджетного учреждения. – 2008. - № 2. - <http://www.hr-portal.ru>
9. Cox T. Work, employment and mental health in Europe / T. Cox, S. Leka, I. Ivanov, E. Kortum // Work & Stress. - Vol. 18. - № .2, 2004. - P. 179-185.
10. European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health / Office for Official Publications of the European Communities. - Luxembourg, 2007.
11. McDaid D. Prevention and health promotion at schools and the workplace: attempts and incentives, example of mental health / D. McDaid // Chronic Disease Summit, 3-4 Apr 2014. - Munich, Germany.

Поступила в редакцию 18.09.2016

УДК 616.89-008.19: 616-001.17

*Бабюк И.А.^{1,2}, Фирсова Г.М.^{1,2}, Побережная Н.В.², Ракитянская Е.А.²***КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ И ОЖОГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ.**¹Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: военные действия, взрывная травма, ожоги, психические расстройства, коррекция

Ожоговый травматизм является социальной и медицинской проблемой современности. По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах даже второе по частоте место среди прочих травм в мирное время. Рост частоты ожогов и летальности среди обожжённых отмечается во многих государствах, в том числе и экономически высоко развитых [5]. Так, в США ежегодно получают ожоги, требующие госпитализации, более 2 миллионов человек. Во всём мире ежегодно умирают от ожогов 60 тысяч человек [8]. В военно-медицинской практике частота и характер термических поражений зависят от способа ведения войны. Так, по данным зарубежной печати, в военных конфликтах, происходивших без применения ядерного оружия, ожоги наблюдались в 10-30% всех боевых травм (9). Исключая период интенсивных боевых действий, большинство военнослужащих получают ожоги в результате неосторожного обращения с бензином и другими легковоспламеняющимися веществами. Чаще всего при этом поражаются незащищенные одеждой части тела – лицо и руки. Отмечают, что в современных войнах с применением разного рода оружия: огнеметов, напалма и зажигательных бомб количество ожоговых травм и их тяжесть значительно увеличиваются.

Поэтому изучение проблемы психических расстройств, вызванных воздействием негативных факторов во время военных действий, выдвигается в ряд актуальных вопросов современной психиатрии.

Степень выраженности адаптационных меха-

низмов организма зависит не только от тяжести термического поражения. В условиях постоянно действующих психогенных факторов, таких, как неблагоприятная военно-политическая ситуация, материально-бытовая неустроенность, психоэмоциональное напряжение, отсутствие полноценного питания, социально-экономическая нестабильность и т.д., – всё это ведёт к тому, что системный срыв адаптации практически неизбежен. В научной литературе встречаются единичные работы, посвящённые изучению психоэмоциональных нарушений при ожоговой болезни [6]. Известно, что шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей силой и внезапностью возникновения. Как правило, они связаны с угрозой жизни и благополучию и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения. Наиболее тяжёлые и длительные последствия психотравмы возникают, по нашим данным, у пострадавших при массовых и групповых взрывах, особенно в закрытых и полужакрытых помещениях. Следует отметить, что впоследствии психоэмоциональные расстройства негативно влияют на ход заболевания и травмы, осложняя течение восстановительного периода и нивелируя эффективность терапии.

Целью настоящей работы явилось исследование психоэмоционального статуса больных с ожоговой травмой различной степени тяжести, находящихся на излечении в ожоговом центре – отделе термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 54 пациента в возрасте от 23 до 56 лет с различной степенью выраженности и локализацией термических поражений, полученных в результате военных действий. С каждым пациентом проводили предварительное

клиническое интервью с целью изучения психиатрического статуса и сбора жалоб, при этом особое внимание уделялось ознакомлению с подлинной медицинской документацией и выявлению преморбидных особенностей личности. Изучение

психоэмоционального статуса больных проводилось при помощи следующих методик: ВКБ, субтест из 8 цветов Люшера, тест оценки личностной

и ситуативной (реактивной) тревожности Спилбергера-Ханина, DEPS, шкала депрессии Зунге в адаптации Т.И. Балашовой [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические наблюдения позволили выделить в течении ожоговой болезни три периода, для каждого из которых были характерны как психотические, так и непсихотические расстройства, усложняющие клиническую картину заболевания и его течения, а также создающие дополнительные трудности для содержания больных, ухода за ними и проведения комплекса лечебных мероприятий:

1. Острый период (состоящий из двух этапов: непосредственно шока и острой ожоговой токсемии) – продолжительность периода колеблется от 10 до 14 суток. Для этого периода характерны аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Реакция на шок у больных разнообразна. Она может выражаться в неадекватном поведении, моторном возбуждении, агрессии и аутоагрессии, критике и, наоборот, в состоянии «тихой паники» со ступором, растерянностью, апатией к происходящему. В период токсемии нарастают явления интоксикации, проявляющиеся утратой или нарушением сознания, высокой лихорадкой, сонливостью или возбуждением.

2. Период септикотоксемии – продолжительность периода зависит от сроков существования ожоговых ран и протекает сравнительно долго, до 2-3 месяцев. В этом периоде психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Они обычно подразделяются на две группы: в одной из них астенические расстройства с вялодинамической депрессией, в другой – с тревожной депрессией. Определяющим «сквозным» синдромом у всех больных при этом является соматогенная астения. Этот синдром характеризуется повышенной раздражительностью, истощаемостью, гиперпатией и гиперестезией. Отмечаются диссомнические расстройства: трудности засыпания, частые пробуждения, исчезновение чувства сна, реже – истинная бессонница. Кроме этого в период септикотоксемии возникают расстройства, получившие название «ожоговой» или «токсической энцефалопатии». У таких больных отчетливо страдают функции осмысления, внимания, появляется гневливость, в ряде случаев – глубокая апатия. Развиваются очаговые неврологические расстройства: парезы нервов по центральному типу, гипо-

тония, анизорефлексия по гемитипу, а также патологические рефлексы, более отчетливо выраженные на стороне анизорефлексии [1].

У обследованных пациентов выявлены депрессивные реакции на сочетание психогенных и ситуативных факторов, связанных с семантической значимостью прогноза, осознанием тяжести состояния, возможным изменением качества жизни. Клиническая картина депрессивных расстройств у изученных больных определялась синдромом тревожной и ипохондрической депрессии. На первом плане стояла гипотимия с тревогой, обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Аффективные проявления сочетались в таких случаях с соматовегетативными проявлениями, такими, как общая слабость, плохой сон, нарушение аппетита и т.д., а также алгиями, конверсионными расстройствами. Одной из облигатных составляющих депрессивных расстройств у изученных больных был содержательный комплекс, отражающий пессимистическую оценку тяжести своего состояния (ожоговых ран, потере сексуальной привлекательности, о ставшей невозможной реализации имевшихся ранее планов, возможному изменению качества жизни), тревожные опасения по поводу последствий соматического страдания. Обращает на себя внимание тот факт, что депрессивные расстройства как бы «окрашиваются» анозогнозией.

3. Период реконвалесценции – продолжительность этого периода от момента заживления ран также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни.

Лечение ожоговой болезни включает широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих (особенно в выраженных случаях) участия не только комбустиологов, анестезиологов, невропатологов, но также психиатров и психологов. Спектр назначаемых больным препаратов разными специалистами широк, зачастую противоречив, и, как следствие, требует единой тактики в лечении психических расстройств, связанных с ожоговой травмой. Фармакотерапия предполагает использование широкого спектра психотропных средств – анксиолитиков, антидепрессантов, ноотропов, нейролептиков, а также гомеопатических препаратов и

фитотерапии. Главным образом медикаментозная терапия психических расстройств проводится препаратами, выбор которых обусловлен клинической картиной выявленных расстройств, их тяжестью и генезом [3].

Наиболее сложным в плане лечения больных с ожоговой травмой является острый период [4], течение которого зачастую сопровождается состоянием психомоторного возбуждения (по нашим данным, в 84% случаев). В этом состоянии больные представляют серьёзную опасность как для себя, так и для окружающих, и поэтому нуждаются в неотложных терапевтических мероприятиях. К таким мероприятиям относят быструю транквилизацию, которая предполагает назначение через короткие интервалы варьируемых доз определённых антипсихотических препаратов до подавления состояния беспокойства и агрессивности. Мы наиболее часто использовали комбинацию нейролептика с препаратами бензодиазепинового ряда, в частности бутирофенонов с диазепамом, лоразепамом или клоназепамом. Препараты эти действуют синергически, что позволяет уменьшать дозировки их обоим, в особенности нейролептика. Эффект наступает быстро и часто бывает достаточно одной инъекции.

Во втором и третьем периоде ожоговой болезни (септикотоксемии и реконвалесценции) терапия становится более симптоматичной (то есть коррекции подвержены наиболее выраженные симптомокомплексы), в нашем случае это астено-депрессивный синдром с тревожно-фобическим компонентом.

При лечении тревожных депрессий используем антидепрессанты с преимущественно седативным действием (три- и гетероциклические антидепрессанты), нередко комбинируя их с транквилизаторами бензодиазепинового ряда или «поведенческими нейролептиками».

Депрессии с вялостью и апатией лучше лечатся при назначении активирующих антидепрессантов (типа флюоксетина) в комбинации с малыми дозами антипсихотических нейролептиков.

При психогенных депрессиях возможно применение фитоантидепрессанта зверобоя (деприм, гелариум, гиперфорат или аристофорат), при соматизированных – эглонила. При полиморфных депрессивных расстройствах хорошо себя зарекомендовали пиразидол, азафен, лудиомил, при депрессиях с ангедонией – мелипрамин или лудиомил в комбинации с глицином и ноотропами; для нормализации сна в этом случае целе-

сообразно применение транквилизаторов-гипнотиков, которые обладают выраженным снотворным эффектом.

В лечении основного синдрома необходимо стремиться к монотерапии, то есть тщательно подбору антидепрессанта с учётом клинической картины, так как медицинская помощь оказывается в учреждении общесоматической сети.

Психотерапевтическая работа также строится с учётом особенностей клинической картины и направлена в первую очередь на коррекцию неадекватной внутренней картины болезни и соответствующих поведенческих девиаций, а также на оптимизацию терапевтического альянса врач-пациент. Выбор конкретной психотерапевтической стратегии диктуется как индивидуально – личностными характеристиками пациента, так и особенностями внутренней картины болезни. Задача врача-психотерапевта – суметь внушить больному чувство контроля над ситуацией и сформировать у него способность справиться с ней. Показаны групповые и индивидуальные занятия по «технике саморегуляции» – то есть аутогенная тренировка, дыхательная и релаксационная лечебная гимнастика, различные техники нейролингвистического программирования [7]. Проводя дифференцированный диагностический скрининг и обучая пострадавших основам психогигиены и навыкам психической саморегуляции, удаётся успешно преодолеть анозогнозию психической дезадаптации.

Выводы.

Таким образом, в ходе проводимого исследования нами была выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем психоэмоциональных нарушений и объёмом термического поражения. При специфическом для человека сложном (психо-соматогенном) стрессе, которым является собственно болезнь и сопутствующие ей проявления, в ответ на воздействие стрессора, формируется состояние психоэмоционального напряжения, клиническим компонентом которого являются личностная и ситуативная (реактивная) тревожность, нарушение эмоциональной стабильности. Ожоговые больные с психическими расстройствами нуждаются в комплексном лечении, обязательно включающем физиотерапию, приём психотропных препаратов, психотерапию. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств повышает адаптационные возможности организма, что способствует скорейшему выздоровлению.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ И ОЖГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

¹Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, ²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: военные действия, взрывная травма, ожоги, психические расстройства, коррекция

В статье представлены результаты обследования 54 пациентов в возрасте от 23 до 56 лет с различной степенью выраженности и локализацией термических поражений, полученных в результате военных действий. Клинические наблюдения позволили выделить в течении ожоговой болезни три периода, для каждого из которых были характерны как психотические, так и непсихотические расстройства.

Острый период (состоящий из двух этапов: непосредственно шока и острой ожоговой токсемии) – продолжительность периода колеблется от 10 до 14 суток. Для этого периода характерны аффективные и психопатоподобные расстройства, а также отдельные психотические включения. Период септикотоксемии – продолжительность периода зависит от сроков существования ожоговых ран и протекает сравнительно долго, до 2-3 месяцев. В этом периоде психопатологические нарушения исчерпываются непсихотическими расстройствами невротического уровня. Период реконвалесценции – продолжительность этого периода от момента заживления ран также различна и связана с обратным развитием психопатологических нарушений, присущих ожоговой болезни.

Таким образом, в ходе проводимого исследования нами была выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем психоэмоциональных нарушений и объемом термического поражения. Ожоговые больные с психическими расстройствами нуждаются в комплексном лечении, обязательно включающим физиотерапию, приём психотропных препаратов, психотерапию. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств повышает адаптационные возможности организма, что способствует скорейшему выздоровлению. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 43-46).

Babiuk I.A.^{1,2}, Firsova G.M.^{1,2}, Poberejnaya N.V.², Rakityanskaya E.A.²

CORRECTION OF THE PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BLAST TRAUMA AND BURN TRAUMA

¹Institute of urgent and reconstruction surgery of V.K. Gusak, ²Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: military operations, blast trauma, burns, mental disorders, correction

The results of examination of 54 patients at the age of 23 to 56 years, with varying degrees of severity and localization of thermal injuries resulting from military operations are presented in the article. Clinical observations have allowed to allocate during the burn disease three periods, each of which were characterized as psychotic and non-psychotic disorders. Acute period (consisting of two stages: direct shock and acute burn toxemia) - the length of time varies from 10 to 14 days. This period is characterized by affective and psychopathic disorder and psychotic individual inclusion. Period of septicotoxemia - length of the period depends on the terms of the existence of burn wounds and takes a relatively long time, up to 2-3 months. In this period, non-psychotic psychiatric disorders exhausted neurotic disorders. Period of reconvalescence - the duration of the period from the time of wound healing is also different and is related to regression of psychopathological disorders inherent in burn patients.

Thus, in the course of our ongoing research has revealed directly proportional relationship between the level of psycho-emotional disorders, and the volume of thermal injury. Burn patients with mental disorders require a comprehensive treatment, including physical therapy is required to pick-psychotropic medications, psychotherapy. Early diagnosis and correction of psycho-emotional disorders increases the adaptive capacity of the body, which helps in the healing process. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 43-46).

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – Москва: Медицина, 2000. – 496с.
2. Гусак В.К. Особенности ожогов при массовых шахтных авариях / В.К. Гусак // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2000. – Том 1. - №1. – С. 3-6.
3. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. – М.: Медицина, 1997. – 308с.
4. Краммер Дж., Гейне Б. Применение лекарств в психиатрии / Дж. Краммер, Б. Гейне. – Амстердам-Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1996. – 256с.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. – Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. – 672с.
6. Табачников С.И. Профилактика и коррекция посттравматических и социально-стрессовых психических расстройств / С.И. Табачников, И.А. Бабюк, В.Г. Черкасов //

Вестник гигиены и эпидемиологии. – 1999. – Т 2. - № 2. – С. 156.

7. Хунафин С.Н. Динамика ожогового травматизма в республике Башкортостан за последнее десятилетие / С.Н. Хунафин, Д.М. Дмитриев, А.В. Штабель // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. – Нижний Новгород, 2001. – С. 27-28.

8. Черняк М.Д. Психовегетативные особенности у больных с термической травмой / М.Д. Черняк, Н.В. Островский // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии», проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Часть 2. Термическая травма. – Нижний Новгород, 2001. – С. 231-232.

9. Artst C.P. Epidemiologi: cases and prognosis / C.P. Artst. - Burns. Philadelphia, 1979. - P. 17-23.

Поступила в редакцию 23.09.2016

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.5-056.3: 612.821-008.19] - 085+616.89:355(477.62) (-07)

*Проценко О.А., Горбенко Ал.С.***ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: аллергодерматозы, стресс, боевые действия

В условиях длительно продолжающихся боевых действий значительно ухудшилось качество жизни людей и значительно увеличилось число рецидивов аллергодерматозов. К психическим расстройствам, спровоцированным дерматологической патологией, относятся нозогенные реакции (преимущественно тревожно-депрессивного круга) и патологические развития личности при хронических дерматозах. Нозогенные реакции у больных с кожными заболеваниями детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры дерматоза [1, 2]. В последние годы среди дерматологических больных отмечают увеличение числа психосоматических заболеваний, в развитии которых ведущую роль отводят психотравмирую-

щим воздействиям и хроническому стрессу [1, 3]. Развивающиеся вследствие этого психосоматические расстройства могут влиять как на течение дерматозов, так и на эффективность проводимой терапии, что требует коррекции лечебно-профилактических мероприятий. Известно, что стрессы являются частым фактором дебюта или обострения хронических дерматозов. Проживание в зоне продолжающихся боевых действий является мощным стрессовым воздействием, которое влияет на психический статус пациента, тем самым изменяя течение дерматоза и ответную реакцию на терапию.

Целью настоящего исследования была оценка влияния стресса на клинические проявления, течение аллергодерматозов (АлД) у пациентов, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 55 больных АлД, в возрасте от 19 до 76 лет, в т.ч. мужчин - 25, женщин - 30. Из них страдающих экземой было 32 чел., атопическим дерматитом - 13 больных, нейродерматитом - 7, аллергическим контактным дерматитом - 3 больных.

Протокол обследования больного включал изучение жалоб, анализ анамнеза заболевания, клинический осмотр с определением дерматологических индексов, лабораторно-инструментальное обследование (общий анализ крови, мочи, билирубин, трансаминазы, глюкоза крови, СРБ и др.).

Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) [7]. Распространенность дерматоза определяли по индексу BSA (Body Surface Area) [8]. Для оценки психо-эмоциональных наруше-

ний и депрессивного спектра применяли клинико-психопатологические методы - шкалу самоотчета Symptom Check List - 90R (SCL-90R) [5], опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейна), Тест Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [6], Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, опросник САН (самочувствие, активность, настроение) [6].

Терапию АлД проводили в соответствии с принятыми стандартами лечения в зависимости от тяжести дерматоза и с включением в комплексную терапию дневного анксиолитика и физиотерапии (электрофорез и массаж на шейно-воротниковую зону).

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики на персональном компьютере.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе нозологических форм АлД ус-

тановлено преобладание в выборке больных с

экземой - 32 чел. (58,1%) и атопическим дерматитом – 13 чел. (23,6%). Нейродерматит был выявлен у 7 больных (12,7%), аллергический контактный дерматит - у 3 пациентов (5,4%).

При анализе анамнеза выявлено, что у 35 больных (63,6%) дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах.

При анализе клинических проявлений АлД установлено, что распространенным (BSA более 10,0) процесс был у 48 (87,2%) больных, ограниченным - 7 пациентов (12,7%).

При анализе степени выраженности симптомов индекс SCORAD до 10 баллов был у 38 больных (69%), свыше 10 - у 17 пациентов (31%). Тяжесть симптомов дерматоза (зуд, болезненность, плохой сон выраженность и распространенность высыпаний) приводили к снижению качества жизни пациентов.

При анализе теста Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника САН (самочувствие, активность, настроение) у всех обследованных пациентов выявлены депрессивные симптомы разной степени выраженности.

Клинические проявления нозогенных расстройств включали социально обусловленные страхи — социофобии (страх появления в обществе и др.)

У всех обследуемых пациентов по шкалам самоотчета SCL-90R показатели фобической тревожности, соматизации, нарушения депрессивного спектра были повышены в 2 и более раза, по сравнению с нормативными значениями ($p < 0,05$). Значительные различия с нормативными показателями были по шкале тревоги ($0,89 \pm 0,02$ балла при норме $0,47 \pm 0,03$). Это проявлялось признаками внутреннего напряжения, раздражительности, паническими симптомами, страхами различной интенсивности. Показатель по шкале межличностной чувствительности у об-

следуемых больных превышал нормативные значения ($0,89 \pm 0,02$ баллов при норме $0,66 \pm 0,03$). Клинически ощущения личностной неполноценности проявлялись в ситуациях межличностной коммуникации. Сравнение себя с окружающими вело к негативным эмоциональным переживаниям. Данный показатель, возможно, свидетельствовал о проявлениях негативного перфекционизма. Общий индекс тяжести GSI превышал нормативные значения у 43 больных (86%), что свидетельствовало о тяжести психоэмоционального состояния больных.

Выявленные изменения послужили основанием для разработки комплексного метода лечения АлД с использованием дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных методов воздействия (электрофорез и массаж шейно-воротниковой зоны).

Анализ ближайших результатов лечения показал высокую эффективность разработанного метода. Отмечалось значительное улучшение состояния больных (исчезновение тревоги, страха, уменьшение интенсивности зуда). Положительная динамика клинических симптомов АлД подтверждалась снижением индекса SCORAD у всех наблюдаемых пациентов. При легком течении АлД индекс SCORAD снизился с $8,5 \pm 1,2$ до $1,6 \pm 0,8$ баллов, при среднетяжелом и тяжелом течении - с $38,6 \pm 1,8$ до $6,4 \pm 1,2$ баллов.

Проведенное исследование показало, что психический статус пациентов, проживающих в зоне военного конфликта и страдающих аллергодерматозом, характеризовался психопатологическими симптомами широкого спектра. Выявленные у пациентов с аллергодерматозом, проживающих в зоне боевых действий, нарушения психоэмоционального состояния являются обоснованием целесообразности коррекции лечебной тактики и использования комплексного метода лечения больных с применением дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных физиотерапевтических методик.

Проценко О.А., Горбенко Ал.С.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: аллергодерматозы, стресс, боевые действия

При анализе анамнеза выявлено, что у большинства обследованных больных (35 чел. - 63,6%) дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах.

Выявленные у пациентов с аллергодерматозами, проживающих в зоне боевых действий, нарушения психоэмоционального состояния могут быть обоснованы целесообразностью коррекции лечебной тактики и назначения комплексного метода лечения больных с применением дневного анксиолитика и дифференциального назначения регуляторных физиотерапевтических методик. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 47-49).

PSYCHO-VEGETATIVE AND SOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALLERGODERMATOSES IN A COMBAT ZONE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: allergodermatoses, stress, fighting

In the analysis of medical history revealed that 35 (63,6%) patients with disease onset and/or exacerbation of top preceded by stress (night attacks, loss of housing, employment, etc.), With the same frequency in all nosological forms.

Identified patients living in a combat zone, violation of mental and emotional state make it appropriate correction treatment strategy, and the appointment of a complex method of treatment of patients with daytime anxiety and differential regulatory purpose of physiotherapy techniques. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 47-49).

Литература

1. Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике / А.Н. Львов. - М.: ИНФА-М, 2006. - 54с.
2. Эрнандес Е.И. Стресс и его влияние на кожу / Е.И. Эрнандес. - М., 2013. - 40с.
3. Смулевич А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы /А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. - Т. 11. - С. 4-14.
4. Сизова Ж.М. Депрессии в практике врача-терапевта / Ж.М. Сизова, Н.И. Лapidус. - М., 2009. - 43с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии постравматического стресса / Н.В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - 272с.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /А.Н. Белова. - М., 2002. - 439с.
7. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index / Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology.- 1993. - Vol. 186, № 1. - P. 23 - 31.
8. Kouno T. Standardization of the Body Surface Area (BSA).Formula to Calculate the Dose of Anticancer Agents in Japan / T. Kouno, N. Katsumata, H. Mukai [et al.] // Japanese Journal of Clinical Oncology. - 2003. - Vol. 33. -P. 309-313.

Поступила в редакцию 23.09.2016

УДК: 614.8: 616-001: 159. 962.7

*Коваленко С.Р.***САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самоэффективность, личность, потенциал, деятельность, напряжение, стресс, адаптация

Человек, пребывающий в экстремальных условиях жизнедеятельности находится под воздействием постоянного (хронического) стресса. Ввиду сложившихся обстоятельств в Донбассе, мирные жители региона оказались в ситуации, когда их жизнь и жизнь близких им людей находится под угрозой. В связи с этим они постоянно сталкиваются с чрезмерной психологической нагрузкой. И то, как они совладают с данной нагрузкой, безусловно, зависит от уровня личностного потенциала каждого индивида.

Самоэффективность является важной частью личностного потенциала, так как от веры в собственную эффективность и от представлений людей о своих способностях быть успешными в той или иной деятельности зависит то, как они реагируют на успехи и неудачи в различных жизненных ситуациях. Во всех областях жизни - учебе, спорте, профессиональных достижениях и социальных отношениях, представления о собственной эффективности являются основанием мотивации, личных достижений и гармоничных отношений. Это происходит прежде всего потому, что, если люди не верят в то, что их действия могут продуцировать желаемые результаты, у них не хватает стимулов для проявления необходимой активности, упорства и адаптивного реагирования на трудности [1].

В теории канадского и американского психолога Альберта Бандуры (1989) самоэффективность понимается как вера индивида в способность справиться с деятельностью, ведущей к достижению некоторого результата. Самоэффективность является продуктом сложного процесса самоубеждения, который происходит на основе когнитивной обработки различных источников информации. Эти источники информации проходят когнитивную обработку, оценку (сопоставление) и, наконец, интеграцию. Самоэффективность существенна как для достижений в различных видах деятельности, так и для физического и психологического благополучия [2].

Самоэффективность возникает, увеличивается или уменьшается в зависимости от одного из четырех факторов или от их комбинации: опыта непосредственной деятельности, косвенного опыта, мнения общества, физического и эмоционального состояния человека [3]. Самоэффективность - это не глобальное понятие. Она меняется от ситуации к ситуации в зависимости от умений, необходимых для различной деятельности, от присутствия или отсутствия других людей, от того, что мы думаем о способностях этих других людей, особенно если мы считаем их более умелыми, чем мы сами, от нашей predisposedности скорее потерпеть неудачу, чем добиться успеха, а также от нашего физического состояния, в особенности, когда мы испытываем усталость, тревогу, апатию или подавленность [1]. Т.О. Гордеева [4] определяет самоэффективность как веру человека в свою способность справиться с конкретной деятельностью.

А. Bandura [3] полагает, что люди избегают потенциально угрожающих ситуаций не из-за самой опасности и связанного с ней возбуждения, а из-за ощущения собственной неспособности справиться с ситуацией - в реальном или в когнитивном плане (неумение справиться с неприятными мыслями, возникающими в ситуации страха или угрозы). В то время как представление о собственной неэффективности по отношению к угрожающим событиям ведет к тревоге, представление о неэффективности по отношению к будущему вознаграждению ведет к депрессии, т. е. депрессия является ответом на ощущение неспособности получить желаемые вознаграждения. Но отчасти проблемы, возникающие у депрессивных людей, кроются в их слишком высоких стандартах.

Хроническая стрессовая ситуация обычно сочетается с переутомлением, снижением работоспособности, производственных показателей. Такое состояние чаще возникает у людей,

имеющих невысокий уровень навыков работы и профессионального опыта, недостаточную психологическую тренированность, низкую адаптацию к сложным условиям труда, слабую волю, а также отсутствие интереса к данному роду деятельности. Попав в неблагоприятную ситуацию, такой человек склонен завышать ее значение и недооценивать свои силы. Это способствует возникновению своеобразной реакции паники либо по типу неорганизованной, хаотичной деятельности, либо с полным отказом от нее, растерянностью и отрицательными эмоциями.

Чувство самоэффективности в преодолении стресса выступает как когнитивный медиатор тревоги. В исследованиях, проведенных Бандурой [5], отмечен ряд неблагоприятных последствий при низкой самоэффективности в преодо-

лении стресса, а именно: высокий уровень субъективного дистресса, повышенное возбуждение вегетативной нервной системы, увеличение катехоламинов в плазме. Ошибочная оценка самоэффективности в преодолении стресса может привести к тревоге и нарушению поведения, но и правильная оценка своих возможностей легко приводит к дистрессу, если требования стрессовой ситуации к человеку очень высоки.

Целью данной работы является изучение особенностей самоэффективности у людей, находящихся в экстремальных условиях жизнедеятельности, в зависимости длительности воздействия стрессового фактора, гендерной принадлежности, субъективной самооценки психического и физического состояния, а также от уровня их нервно-психического напряжения.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 168 человек (студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета и медперсонал республиканской клинической психиатрической больницы). Из них 38 (22,61%) мужчин и 130 (77,39%) женщин. 16 человек (9,52%) находились в зоне вооруженного конфликта менее 6 месяцев, 63 человека (37,5%) – более 6 месяцев и 89 человек (52,98%) – вес период конфликта. Исходя из субъективной самооценки у 48 человек (28,57%) ухудшилось физическое состояние, у 120 человек (71,43%) не изменилось, а психическое здоровье субъективно осталось неизменным у 74 человек (44,05%) и у 94 человек (55,95%) ухудшилось.

Для исследования самоэффективности использовалась методика диагностики самоэффективности Маддукса и Шеера, состоящая из 23 утверждений. Испытуемому предлагалось ответить в какой степени он согласен с предложенными высказываниями. Абсолютное согласие оценивалось баллом “+5”, абсолютное несогласие “-5”. В зависимости от степени своего согласия или несогласия с утверждениями использовались промежуточные оценки шкалы в области положительных или отрицательных значений соответственно.

Средние значения уровня самоэффективности в сфере предметной деятельности распола-

гались в интервале от -7 до +53 баллов, а в сфере общения - в интервале от +7 до +15. Таким образом, показатели, лежащие за указанными пределами, свидетельствовали либо о заниженной оценке потенциала в той или иной сфере жизнедеятельности, либо - о завышенной.

Для изучения уровня нервно-психического напряжения использовался опросник «Определение нервно-психического напряжения» Т.А. Немчина.

Опросник представляет собой перечень признаков нервно-психического напряжения, составленный по данным клинического наблюдения и включающий в себя 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени выраженности. После заполнения бланка производится подсчет набранных испытуемым баллов путем их суммирования. Минимальное количество баллов, которое мог набрать испытуемый, – 30, максимальное – 90. Диапазон слабого или детензивного нервно-психического напряжения располагался в промежутке от 30 до 50 баллов, умеренного или интенсивного – от 51 до 70 баллов и чрезмерного или экстенсивного – от 71 до 90 баллов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке общих результатов можно отметить, что самоэффективность в сфере межличностного общения находилась на низком уровне ($5,05 \pm 8,46$ балла). Это свидетельствует о

том, что опрошенные имели заниженную самооценку своего потенциала в сфере межличностного общения. В сфере предметной деятельности самоэффективность соответствовала

среднему уровню ($27,79 \pm 22,08$ балла). Это значит, что опрошенные в достаточной мере имели представление о своей способности быть

успешными в той или иной деятельности, что обуславливало их реакции на успехи и неудачи. (Табл. 1).

Таблица 1

Средние значения самооффективности по методики Маддукса и Шеера

Самооффективность	$\bar{X} \pm m$
Сфера межличностного общения	$5,05 \pm 8,46$
Сфера предметной деятельности	$27,79 \pm 22,08$

В работе также изучались особенности самооффективности в сфере предметной деятельности и сфере межличностного общения в зависимости от пола, времени пребывания в зоне вооруженного конфликта, субъективной оценки физического и психического состояния, степени нервно-психического напряжения респондентов.

Статистически достоверных различий в выраженности самооффективности в сферах предметной деятельности (СПД) и межличностного общения (СМО) у респондентов, находившихся в зоне конфликта в течение периода до 6 месяцев (I группа), свыше 6 месяцев (II группа) или не покидавших зоны конфликта (III группа) не выявлено (Табл. 2).

Таблица 2

Особенности самооффективности у респондентов с различной продолжительностью пребывания в зоне военного конфликта

Самооффективность	I группа До 6 мес. (n=16 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа >6 мес. (n=63 чел.) $\bar{X} \pm m$	III группа Весь период (n=89 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения(СМО)	$1,94 \pm 8,07$	$8,01 \pm 8,83$	$3,44 \pm 7,92$	0,214
Сфера предметной деятельности(СПД)	$18,62 \pm 20,57$	$30,49 \pm 21,89$	$27,99 \pm 22,17$	0,305

Можно отметить, что длительное пребывание в зоне боевых действий повышает уровень самооффективности. Так в группе находившихся в зоне конфликта в течение периода до 6 месяцев (I группа) показатели СМО и СПД ниже, чем аналогичные показатели в двух других группах. В целом показатели самооффективности в предметной деятельности находятся на среднем уровне, а, следовательно, можно предположить, что пребывание в зоне боевых действий не сказывается негативно на оценке своих действий, такие люди способны выбирать и сохранять приверженность целям и задачам, поставленным перед собой. Что касается самооффективности межличностного общения, то лишь в группе с пребыванием в зоне конфликта более 6 месяцев показатели достигают среднего уровня самооэф-

фективности, в двух других группах показатели находились на низком уровне. Можно предположить, что при попадании в условия экстремальной жизнедеятельности большинство респондентов, задействовав резервный личностный ресурс, подняли уровень самооценки на новый, не свойственный ранее для себя уровень. Однако лица, которые находились в зоне военного конфликта весь период времени (III группа) и не достигшие желаемого результата, постепенно теряют уверенность в собственных силах, что находит отражение в падении уровня самооффективности в СМО и СПД, в сравнении с аналогичными показателями в группе II.

В таблице 3 указаны особенности компонентов самооффективности в зависимости от пола испытуемых.

Таблица 3

Особенности самооффективности у респондентов в зависимости от пола

Самооффективность	I группа М (n=38 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа Ж (n=130 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения(СМО)	$6,18 \pm 8,07$	$4,71 \pm 8,55$	0,442
Сфера предметной деятельности(СПД)	$32,69 \pm 19,44$	$26,3 \pm 22,77$	0,159

Статистически достоверных различий в показателях самооффективности в обеих сферах деятельности у респондентов разного пола выявлено не было. Показатели самооффективности у мужчин, как и у женщин, находятся на одинаковых уровнях: в СМО – низкий уровень, что свидетельствует о заниженной оценке потенциала в сфере межличностного общения; в СПД – средний уровень самооффективности, что означает достаточную уверенность в своих силах в той сфере деятельности, в которую человек вовлечен. Однако все же показатели самооффективности в СМО и СПД у мужчин несколько выше, чем аналогичные показатели у женщин, т.е. представители мужского пола более точно оценивают свою деятельность, а так же способны более качественно осуществлять контроль за своей жизнью.

Данные таблицы 4 отражают особенности уровня самооффективности в зависимости от субъективной оценки физического здоровья. Во время исследования не было найдено статистически достоверных различий компонентов самооффективности в зависимости от субъективной оценки изменения физического состояния. В обеих группах (с ухудшившимся и не изменившимся физическим состоянием) обследуемые в сфере межличностного общения имели заниженную самооценку, а в сфере предметной деятельности самооффективность находилась в пределах средних значений. Т.е., несмотря на отсутствие статистической значимости, показатели самооффективности в СМО и СПД были ниже в группе респондентов, которые отмечали ухудшение физического состояния.

Таблица 4

Особенности самооффективности у респондентов в зависимости от субъективной оценки физического здоровья

Самооффективность	I группа (ухудш.) (n=48 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (не изм.) (n=120 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения(СМО)	3,07±9,8	5,74±8,08	0,189
Сфера предметной деятельности(СПД)	20,81±27,7	30,21±20,41	0,094

Таблица 5 показывает особенности самооффективности СПД и СМО и их зависимость от субъективной оценки психического здоровья респондентов.

Не было найдено статистически достоверных различий самооффективности и в зависимости от изменения психического здоровья. В обеих группах с ухудшившимся и не изменившимся психическим здоровьем обследуемые в сфере межличностного общения имели заниженную самооценку, а в сфере предметной деятельности самооффективность находилась в пределах

средних значений.

Таблица 6 отражает влияние степени нервно-психического напряжения на уровень самооффективности в СМО и СПД. При интерпретации результатов опросника Немчина, в группах с первой и второй степенью нервно-психического напряжения, были выявлены достоверные значимые различия в сфере предметной деятельности, т.е. при интенсивном нервно-психическом напряжении, каким, безусловно, является вооруженный конфликт, респонденты значительно хуже могут оценить свою деятельность.

Таблица 5

Особенности самооффективности у респондентов в зависимости субъективной оценки психического здоровья

Самооффективность	I группа (ухудш.) (n=94 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа (не изм.) (n=74 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения(СМО)	4,26±8,08	5,99±9,12	0,305
Сфера предметной деятельности(СПД)	25,37±23,79	30,91±19,99	0,190

В сфере межличностных отношений статистически достоверных различий в зависимости от интенсивности нервно-психического напряжения не было выявлено. В первой и во второй группах испытуемых показатели самооффективности соответствовали низкому уровню в СМО и

среднему в СПД.

Таким образом, при интерпретации результатов исследования не было выявлено статистически достоверной зависимости показателей самооффективности в СМО и СПД в сравнении с полом, продолжительностью пребывания в зоне

вооруженного конфликта, субъективной оценкой психического и физического состояний. Статистически достоверные различия были найдены лишь между самооффективностью в сфере предметной деятельности и уровнем нервно-психи-

ческого напряжения. Т.е., высокий уровень нервно-психического напряжения отрицательно влиял на способности осваивать и выполнять деятельность на намеченном уровне, а также на веру в успешность собственных действий.

Таблица 6

Связь между самооффективностью и степенью нервно-психического напряжения (опросник Немчина)

Самооффективность	I группа I степень (ИН<42,5) (n=67 чел.) $\bar{X} \pm m$	II группа II степень (42,6<ИН<75) (n=69 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Сфера межличностного общения(СМО)	4,59±8,24	4,14±8,74	0,803
Сфера предметной деятельности(СПД)	33,16±19,97	22,64±22,28	0,015*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны

Подводя итоги вышесказанному, необходимо отметить, что в начальном периоде воздействия на психику человека такого мощного стрессового фактора, как проживание в экстремальных условиях жизнедеятельности, имеется тенденция к повышению самооценки. Это проявляется верой в способность достичь поставленных перед собой задач и целей, быть успешным в предметной деятельности – учебе, спорте, профессиональных достижениях и социальных отношениях. Такое представление о собственной эффективности является основанием для обретения мотивации, личных достижений и гармоничных межличностных отношений. Однако при длительном, постоянном воздействии данного стрессового фактора наблюдается определенное снижение показателей самооффективности. Это может происходить из-за того, что не всякий человек достигает в итоге поставленных перед собой целей, не успешен в той или иной деятельности, что при значительной продолжительности воздействия стресса вызывает разуверение в своих силах и впоследствии может привести к возникновению тревоги, нарушению поведения, и, в конечном счете, развитию депрессии.

Установлено, что мужчины, по сравнению с лицами женского пола, характеризуются относительно более высоким уровнем самооффективности, самооценки и возможности справляться с экстремальными условиями жизнедеятельности. Определенная тенденция прослеживается и относительно субъективной оценки респондентов своего психического и физического состояния. Вера в собственные силы во всех видах деятельности, а также межличностные взаимодействия выше у людей, которые не отмечают ухудшение физического и психического здоровья.

Особого внимания заслуживает выявленные особенности взаимосвязи нервно-психического напряжения и самооффективности в сфере предметной деятельности. По определению наук Т.А. Немчина, нервно-психическое напряжение – это «вид психических состояний, развивающийся у человека, действующего в психологически сложных условиях – при дефиците времени, информации, высоком уровне требований к качеству и объему результатов деятельности и ответственности за возможную неудачу»[6]. Выделяются три разновидности нервно-психического напряжения: слабое, умеренное и чрезмерное. При слабом и умеренном нервно-психическом напряжении происходит увеличение объема, устойчивости, концентрации внимания, усиливаются процессы возбуждения в нервной системе, что в целом позитивно отражается на предметной деятельности человека. Однако при чрезмерном нервно-психическом напряжении снижаются уровень функциональной активности головного мозга и, надежность его работы. У обследованных респондентов это находит отражение в снижении самооффективности в предметной деятельности как важнейшей составляющей личностного потенциала и способности противодействовать стрессу.

В заключение следует отметить, что проблемы самооффективности личности в целом и самооффективности в экстремальных условиях жизнедеятельности в частности имеет большое значение в связи с потребностью в дополнении и расширении научных представлений о сущности данного личностного феномена с целью изучения возможностей прогнозирования успешности и повышения эффективности деятельности человека.

САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самоэффективность, личность, потенциал, деятельность, напряжение, стресс, адаптация

Публикация представляет собой анализ особенностей самоэффективности в сферах предметной деятельности и межличностного общения в зависимости от пола, время нахождения в зоне вооруженного конфликта, субъективной оценки физического и психического состояния, нервно-психического напряжения респондентов. В статье приведены данные исследования 168 человек. Для исследования уровня самоэффективности использовалась методика диагностики самоэффективности Маддукса и Шеера. Из них 38 (22,61%) мужчин и 130 (77,39%) женщин. 16 человек (9,52%) находились в зоне вооруженного конфликта менее 6 месяцев, 63 человека (37,5%) более 6 месяцев и 89 человек (52,98%) весь период конфликта. У 48 человек (28,57%) ухудшилось физическое состояние, у 120 человек (71,43%) не изменилось. Психическое здоровье осталось неизменным у 74 человек (44,05%) и у 94 человек (55,95%) ухудшилось.

При интерпретации результатов статистически достоверные различия были найдены лишь между самоэффективностью в сфере предметной деятельности и уровнем нервно-психического напряжения. Вне зависимости от пола, изменения физического и психического состояния, нервно-психического напряжения респонденты демонстрировали низкий уровень самоэффективности в СМО, следовательно, при общении у респондентов наблюдались трудности в связи с заниженной самооценкой. В СПД при разделении на данные группы респондентов самоэффективность была на среднем (достаточном) уровне. В зависимости от продолжительности пребывания в зоне боевых действий, в целом, респонденты показали средний (достаточный) уровень самоэффективности в СМО и СПД, а значит, они способны в достаточной мере оценивать свои умения, осознавать свои способности и использовать их наилучшим образом. В то же время, присутствие высокого потенциала автоматически не гарантирует высокие результаты, если человек не верит в возможность применить этот потенциал на практике и не пытается воспользоваться всем тем, что дано ему природой и обществом. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 50-55).

Kovalenko S.R.

SELF-EFFICACY OF THE PERSON IN EXTREME CONDITIONS OF LIFE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: Self-efficacy, personality, potential, activities, tension, stress, adaptation

The publication presents an analysis of the characteristics of self-efficacy in the areas of substantive work and interpersonal communication based on gender, while in the zone of armed conflict, subjective evaluation of physical and mental condition, mental stress of respondents. The article presents data from a study of 168 people. To investigate the level of self-efficacy has been used diagnostic technique of self-efficacy and Maddux & Scheer. Of these, 38 (22.61%) men and 130 (77.39%) women. 16 people (9.52%) were in the conflict zone of less than 6 months, 63 people (37.5%) more than 6 months, and 89 people (52.98%) weight during the conflict. In 48 (28.57%) deteriorated physical condition, at 120 people (71.43%) has not changed. Mental health has remained unchanged at 74 people (44.05%) and 94 people (55.95%) worsened.

When interpreting the results were not statistically significant according to self-efficacy in the QS and SAP in comparison with gender, duration of stay in the conflict zone, the subjective evaluation of mental and physical states. Statistically significant differences were found only between self-efficacy in the field of object-related activity and the level of mental stress. Regardless of gender, changing physical and mental condition, mental stress, respondents demonstrated a low level of self-efficacy in the QS, thus communicating the respondents were observed difficulties due to low self-esteem. The SPD in the separation of data on respondents' self-efficacy group was on average (adequate) level. Depending on the length of stay in the combat zone, as a whole, the respondents showed an average (adequate) level of self-efficacy in the QS and the SPD, which means that they are able to adequately assess their skills, realize their abilities and use them well. You can also note that in the more modest abilities, their skillful use allows a person to achieve high results. At the same time, high potential presence does not automatically guarantee good results, if the person does not believe in the possibility to use this potential in practice and are not trying to take advantage of all that is given to him by nature and society. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 50-55).

Литература

1. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал. Структура и диагностика/ Д.А. Леонтьев.- Москва: Смысл, 2011. – 192-302 с.
2. Bandura A. Human Agency in Social Cognitive Theory / A.Bandura // American Psychologist. 1989. Vol. 44. № 9. P. 1175–1184.
3. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies / A. Bandura//Self-efficacy in changing societies.Cambridge: University Press, 1995. P. 1-45.
4. Гордеева Т.О., Шепелева Е.А. Гендерные различия в

- академической и социальной самоэффективности и копинг-стратегиях у современных российских подростков/ Т.О.Гордеева, Е.А.Шепелева.- Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2006. № 3. 78–85с.
5. Bandura A. Multifaceted impact of Self-efficacy beliefs on academic functioning/A.Bandura,C.Barbanelli, G.V.Caprara, C.Pastorelli // Child Development. 1996. Vol. 67. P. 1206–1222.
6. Иванченко В.А. Секреты вашей бодрости / В.А. Иванченко. - Москва: Знание, 1988 – С. 172-173.

Поступила в редакцию 29.10.2016

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.89-608.441.45:159.92

*Абрамов В.Ал.***СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, шизофрения

В современных условиях социокультурный контекст и социальная политика государства по отношению к проблемам психического здоровья свидетельствует о необходимости трансформации форм и методов оказания психиатрической помощи в направлении восстановления социального благополучия и способности пациента к самореализации, как важнейших составляющих его здоровья [1, 2, 3, 4]. Достижение этих целей в реальной клинической практике непосредственно связано с использованием ценностно-гуманистических подходов, препятствующих возникновению многочисленных стигматизирующих больного эффектов, существенно снижающих качество его жизни, возможность функционального восстановления и социальной интеграции [5, 6, 7, 8, 9].

Стигматизация является одной из наиболее серьезных проблем, с которыми сталкиваются люди, страдающие психическими расстройствами. В настоящее время появилось большое количество больных с относительно легким уровнем психических расстройств, которые страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни [10]. Стигматизация и дискриминация, связанные с наличием у человека психического заболевания, нередко приобретают столь широкие масштабы, что не позволяют этим людям обращаться за помощью из-за страха получить позорное клеймо [11, 12]. Именно поэтому Европейская декларация и Европейский план действий по охране психического здоровья [12] в качестве приоритетных выдвигают задачи борьбы со стигматизацией, дискриминацией и неравенством лиц с проблемами психического здоровья, а также расширения их прав и возможностей в процессе восстановления их жизнедеятельности. В первую очередь это относится к больным шизофренией, в наибольшей

степени страдающим от стигмы [13, 14, 15, 16].

Стигма (клеймо, отметина, ярлык) определяется в социальной психологии как социальный или физический недостаток, отражающий негативное (позорное) свойство индивида, как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных, как социальный атрибут, дискредитирующий человека или группу, считающийся своего рода пороком и вызывающий стремление наказать [17, 18]

Стигма оказывает серьезное негативное воздействие на социальное принятие затронутого индивида [19]; это знак, служащий для фиксации чего-то необычного или плохого в нравственном облике носителя этого знака [20]. Стигма лишает человека статуса полноценного, становится источником предубеждений, дискриминации, социальной изоляции стигматизированных, вызывает снижение самооценки и чувство подавленности, формирует негативную социальную идентичность и затрудняет психосоциальную адаптацию.

В соответствии с этим, стигматизация — это процесс предвзятого или негативного отношения (выделения) окружающими индивидуума (или социальной группы) по факту наличия у них того или иного признака с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума или представителей данной социальной группы [21, 22].

Соответственно, стигматизация в психиатрии - это процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [23, 24, 25, 26]. Основой стигматизации является процесс дистанцирования от больного, отражающий глу-

бинные свойства личностной и групповой идентификации, неизбежно предполагающей наличие «чужого» среди членов общества. Иными словами, мотивация к дистанцированию психически больного зависит от уязвимости как личности, так и общества и об их направленности на самосохранение активности. Как следствие ритуалов, обеспечивающих связи внутри группы и регулирующих межгрупповые отношения, стигма является необходимым компонентом социальной идентификации. Она выступает как социальный симптом психической болезни, как онтологическое отличие психически больных от здоровых, как социокультурный запрет на ряд отношений в обществе [27, 28].

Таким образом, концептуализация понятия «стигматизация» в психиатрии свидетельствует о том, что это многоплановый социально-культурный феномен. Он возникает в результате ценностно-нормативного взаимодействия членов социальной группы или социальной общности и характеризует самоидентификацию индивида на основе «специфического» социального статуса в сообществе, выделение в нем тех или иных ярких особенностей несоответствия общепринятой норме, закрепленных в той или иной символической, как правило, вербальной, форме в виде навешиваемого «ярлыка», «этикетки», символа ничтожества [29]. Стигма психического расстройства, несмотря на то, что она чаще относится к контексту, чем к внешнему виду человека, остается мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях, а пациенты страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни [30, 31].

Наличие у пациентов с психическими расстройствами стигмы сопровождается большим количеством трудностей, проблем, социальных рисков, препятствий, унижающих человеческое достоинство. Попытки пациентов что-либо изменить, как правило, не приносят желаемого результата. Постепенно это приводит к пассивным формам поведения, утрате контроля над собственной жизнью и конкретными событиями, формированию состояния внутренней беспомощности [32, 33], которое можно рассматривать в одном контексте с феноменом «зачем пытаться» [34].

В большинстве работ, посвященных изучению различных аспектов отношения общества к психически больным [35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43], было установлено преобладание негативных эмоциональных реакций на психически боль-

ных [44, 45, 46]. Лонгитюдные исследования позволили выявить стойкость негативных предрасположений, которые остаются практически неизменными на протяжении десятилетий [47]. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и беспомощные [48, 49]. Психические расстройства часто приписывают когнитивной или нравственной несостоятельности или наследственным факторам, для которых не существует адекватного лечения [36, 38]. В работах R. Hayward и J.A. Bright [50] был проведен литературный обзор по стигматизации людей с психическими заболеваниями, в котором авторы выделили следующие темы основных, наиболее распространенных, предрасположений против психически больных: «они опасны», «они непредсказуемы», «с ними трудно говорить», «они сами виноваты в своем заболевании», «они не могут просто взять себя в руки», «они плохо поддаются лечению».

Одним из центральных вопросов проблемы стигматизации является вопрос о том, в чем причины возникновения этого явления, какие механизмы лежат в его основе. Теоретическая разработка понятия стигматизации, как и само введение термина «стигма» принадлежит E. Goffman [51]. Он подчеркнул тот факт, что стигматизирующий признак сам по себе может быть не хорошим, не плохим, стигма - результат социального приписывания носителю этого признака определенных качеств. В связи с этим во многих исследованиях, посвященных стигматизации, акцент ставится на когнитивные представления, социальные стереотипы о психически больных [44, 45, 46].

Большинство исследований проблемы стигматизации в психиатрии сосредоточены в основном на ее проявлениях при шизофрении. Это достаточно убедительно подчеркивается не только специально проведенными исследованиями [20, 52, 49], но и историческими данными и описаниями в художественной литературе. Шизофрения под разными названиями («безумие», «неистовство», «бесноватость», «мания», «паранойя», «раннее слабоумие» и др.) во все времена служила моделью сумасшествия, поэтому большая часть мифов о психических заболеваниях связана именно с ней. Однако есть и работы, рассматривающие стигматизацию и в отношении больных другими психическими заболе-

ваниями. Так, в Великобритании было проведено исследование [37], посвященное вопросу дифференцированного отношения населения к 7 наиболее распространенным психическим расстройствам. Результаты исследования показали, что наиболее подвержены стигматизации лица, страдающие шизофренией, алкогольной и наркотической зависимостями, которые оцениваются как непредсказуемые и опасные.

Стигматизация психически больных традиционно рассматривается как отношение к психически больным, характеризующееся дискриминацией - то есть отношением, которое отрицательно сказывается на больных. Стигматизация не только ухудшает их социальную адаптацию и приводит к снижению качества жизни, но и препятствует комплаенсу с врачом. Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни [53]. Большинство американцев не желает создавать с ними семью (68%), работать в тесном сотрудничестве с ними (58%) или проводить с ними свободное время (56%) [54]. Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. [55, 56, 57]. Стигматизируемые люди сталкиваются с общим дискриминирующим настроем, который зачастую сопровождается сильной враждебностью [58]. И именно из-за этих проблем дестигматизация начинает рассматриваться как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще.

Дискриминация наблюдается в каждом аспекте социальной и экономической жизни психически больных [59, 60, 61, 62, 63]. Она может влиять на условия, в которых живут пациенты, средства, выделяемые на охрану психического здоровья, а также на приоритетность этих проблем. Реальность социальных рисков и дискриминации по отношению к таким пациентам убедительно подтверждает высказывания одного из больных шизофренией [62]: «Для меня стигма обозначает страх, который приводит к отсутствию уверенности. Стигма - это утрата, приводящая к неразрешимой скорби... Стигма - это отсутствие доступа к ресурсам... Стигма - значит либо пребывать вне поля видимости, либо подвергаться оскорблениям, в конце концов приводящим к конфликту. Стигма - это недостаток

уважения со стороны членов семьи и мучительное чувство стыда, что приводит к снижению самооценки. Стигма - это скрытность... стигма - это гнев, ведущий к отдалению. И что более важно, стигма - это безнадежность, порождающая беспомощность».

Среди исследований, посвященных стигме психической болезни, можно выделить три основных направления: стигматизация больных со стороны общества, их самостигматизация, преодоление последствий стигмы. Первое направление включает соответствующие практики, используемые в отношении психически больных родственниками, медицинским персоналом психиатрических клиник и больниц непсихиатрического профиля, представителями социальных служб, работодателями [64], представителями средств массовой информации, работниками образования и страховыми службами [63]. Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь; она сопровождается чувством неполноценности и социальной несостоятельности [65]. Для преодоления стигмы психической болезни разрабатываются проекты, характерными чертами которых являются социальная толерантность, ангажированность психически больных.

Психические детерминанты процесса стигматизации рассматривались в различных теоретических аспектах. Стигматизацию, понимаемую как предпосылка и результат предубеждений, пытались объяснить с социобиологических, психоаналитических, неопсиходинамических, необихевиористских, когнитивистских, онтогенетических, психолингвистических, социально-психологических позиций; ее механизмы раскрывали в теориях межгрупповых противоречий, социального влияния, теории «козла отпущения», «авторитарной личности» и других. На основе изученных детерминант процесса стигматизации разрабатывались подходы к дестигматизации - возвращению индивиду утраченного социального статуса.

Среди психологических механизмов, объясняющих возникновение стигмы, у больных шизофренией чаще всего описывается механизм проекции: приписывание другому (или группе других) черт, отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе [66]. В концепции Т.В. Адорно [67] приписывание какой-то категории лиц вины за все существующие беды помогает справиться с собственными внутренними конфлик-

тами и обрести равновесие. В работе М.М. Кабанова и Г.В. Бурковского [68] высказывается предположение о том, что человек склонен представлять психическую болезнь поражающей то, что он сам считает наиболее ценным.

Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории “душевнобольных” [69]. Этот процесс описывается как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях. Развитие стигматизации проходит следующие этапы: 1) выделение и “маркирование” человека с психиатрическим диагнозом; 2) присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных; 3) отнесение его к “категории” душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4) последующее снижение социального статуса этого человека. Иными словами, стигма формируется сначала определением Другого, потом называнием его “недостойным”, а затем приписыванием и внушением вины тому, кто Другой за то, что он отличается [70].

Феноменология психологических последствий

стигмы для самих больных подробно описана психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователи делают на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм [57, 71]. Пинел ввел понятие “стигма-осознанность” [72] для описания того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс - самостигматизации [56, 57] - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочный круг. Обобщая имеющийся материал, можно сделать вывод, что “реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой,” - это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс [57].

Абрамов В.Ал.

СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, шизофрения

В современных условиях социокультурный контекст и социальная политика государства по отношению к проблемам психического здоровья свидетельствует о необходимости трансформации форм и методов оказания психиатрической помощи в направлении восстановления социального благополучия и способности пациента к самореализации, как важнейших составляющих его здоровья. Достижение этих целей в реальной клинической практике непосредственно связано с использованием ценностно-гуманистических подходов, препятствующих возникновению многочисленных стигматизирующих больного эффектов, существенно снижающих качество его жизни, возможность функционального восстановления и социальной интеграции. Стигматизация является одной из наиболее серьезных проблем, с которыми сталкиваются люди, страдающие психическими расстройствами. В настоящее время появилось большое количество больных с относительно легким уровнем психических расстройств, которые страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни. Стигматизация и дискриминация, связанные с наличием у человека психического заболевания, нередко приобретают столь широкие масштабы, что не позволяют этим людям обращаться за помощью из-за страха получить позорное клеймо. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 56-61).

STIGMA AND SELF-STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A PRIORITY PROBLEM OF PSYCHIATRY

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: stigma, self-stigmatization, schizophrenia

In modern conditions of socio-cultural context and social policy in relation to mental health problems suggests the need of transformation of forms and methods of psychiatric care in the direction of restoring social well-being and the patient's ability to self-realization as important components of health. The achievement of these goals in clinical practice is directly related to the use of value-of humanistic approaches that prevent the occurrence of numerous stigmatizing the patient effects, significantly reduces the quality of life, the possibility of functional recovery and social integration. Stigma is one of the most serious problems faced by people suffering from mental disorders. Currently, a large number of patients with a relatively light level of mental disorders, who suffer from stigma to a greater degree than themselves from the manifestations of the disease. Stigma and discrimination associated with having a mental illness, often becoming so widespread, that does not allow these people to seek help because of the fear to the stigma. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 56-61).

Литература

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова - Донецк: Каштан, 2009. - 583с.
2. Абрамов В.А. Личностно-ориентированная психиатрия / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путьтин. - Донецк: Каштан, 2014. - 295с.
3. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психической инвалидностью / П.Дж. Карлинг. - Киев: Сфера, 2001. - 442с.
4. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств / И.Я. Гурович // Русский медицинский журнал. - 2001. - Т. 9. - № 25 (144). - С. 1202-1203.
5. Mezzich J.E. Positive health: conceptual place, dimensions and implications / J.E. Mezzich // Psychopathology. - 2005. - № 38. - P. 177-179.
6. Меззич Х. Личностно ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма / Х. Меззич // Независимый психиатрический журнал. - 2007. - №3. - С. 17-20.
7. Тихоненко В.А. Психиатрия, этика и право / В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкин, С.Н. Шишков; под ред. Т.Б. Дмитриевой // В кн.: Руководство по социальной психиатрии. - 2001. - С. 51-73.
8. Абрамов А.В. Гуманизм и социальное благополучие людей с психиатрическим диагнозом / А.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 2 (29). - С. 5-9.
9. Полищук Ю.И. Значение гуманитарной составляющей в психиатрии / Ю.И. Полищук // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2006. - Т. 3, №2. - С. 7-9.
10. Серебрянская А.Л. Социально-психологические факторы стигматизации психических больных / А.Л. Серебрянская, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Ж. неврологии и психиатрии. - 2002. - № 9. - С. 59-67.
11. Whal O.F. Mental health consumer's experience of stigma / O.F. Whal // Schizophrenia Bulletin. - 1999. - Vol. 25. - P. 467-478.
12. Стигматизация и дискриминация лиц с психическими заболеваниями в Европе // Европейская конференция ВОЗ. Хельсинки, Финляндия. - 2005. - С. 1.
13. Пасынкова Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией городским населением (клинико-социологическое исследование): автореф. дис... канд. мед. наук 14.00.18 / Пасынкова Ю.Г. - М., 2006. - 28с.
14. Sirey J.A. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient - rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence / J.A. Sirey, M.L. Bruce, G.S. Alexopoulos // Psychiatric Services. - 2001. - № 52. - P.1615-1620.
15. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem / S. Lee // Current Opinion in Psychiatry. - 2002. - № 15. - P. 37-41.
16. Серебрянская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: автореф. дис. канд. мед. наук 14.00.18. / Серебрянская Л.Я. - М., 2005. - 24с.
17. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. - 1968. - Reprinted ed., London, 1990. - 340p.
18. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. - М.: Прогресс, 1990. - 368с.
19. Кисилев М.Ю. Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф / М.Ю. Кисилев // Психол. журн. - 1999. - № 4. - С. 24-27.
20. Финзен А. Психоз и стигма / А. Финзен. - М. 2001. - 345с.
21. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса / М.М. Кабанов // Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. - 1986. - № 2. - С. 13-15.
22. Серебрянская Л.Я. Кластерный анализ как метод определения феномена стигматизации психических больных / Л.Я. Серебрянская, С.А. Судаков, С.Н. Ениколопов, С.Н. Мясоедов // Психиатрия. - 2004. - № 3. - С. 50-54.
23. Ястребов В.С. Проблема стигмы в российской психиатрии / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал социальной психиатрии. - 2006. - № 1. - С. 61-66.
24. Phelan J. Psychiatric illness and family stigma / J. Phelan, E.J. Bromet, B.G. Link // Schizophrenia Bulletin. - 1998. - № 24. - P. 115-126.
25. Crisp A. The tendency to stigmatise / A. Crisp // British J. of Psychiatry. - 2001. - Vol. 178. - P. 197-199.
26. Fink P.J. Stigma and mental illness. / P.J. Fink, A. Tasman // Washington DC: American Psychiatric Press. - 1992. - 312p.
27. Rosenbaum S. Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia / S. Rosenbaum // European Journal of Social Psychology. - 2001. - Vol. 31. - P. 579-592.
28. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? / N. Sartorius // Lancet. - 1998. - № 3. - P. 1058-1059.
29. Мамедов А.К. Социальная стигматизация / А.К. Мамедов, Т.П. Липай. - М., ИД "АТИСО", 2008. - 168с.
30. Серебрянская Л.Я. Социально-психологические факторы стигматизации психических больных / Л.Я. Серебрянская, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - Т. 102, № 9. - С. 58-68.
31. Серебрянская Л.Я. Образ психически больного в общественном сознании / Л.Я. Серебрянская // Клинические и медико-социальные вопросы современной психиатрии. Сборник работ молодых ученых. - М., 2003. - С. 169-172.
32. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности / Д.А. Циринг. - М.: Академия, 2005. - 120с.
33. Abramson L.Y. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation / L.Y. Abramson, M.E. Seligman, J.D. Teasdale // Journal of Abnormal Psychology. - 1978. - № 87. - P. 49-74.
34. Corrigan P.W. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness / P.W. Corrigan, D. Rowan, A. Green [et al.] // Schizophrenia bulletin. - 2002. - Vol. 28, № 2. - P. 293-309.
35. Angermeyer M.C. Образ психиатрии в обществе / М.С. Angermeyer // Обзор современной психиатрии. - 2001. - Т. 9. - С. 1-7.
36. Bhugra D. Attitudes towards mental illness / D. Bhugra // Acta Psyc. Watrica. Scandina. - 1989. - Vol. 180. - P. 1-12.
37. Crisp A.H. Stigmatisation of people with mental illnesses / A.H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. - P. 4-7.
38. Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature / J. Rabkin // Schizophrenia Bulletin. - 1974. - Vol. 10. - P. 9-33.
39. Аведисова В.И. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых / В.И. Аведисова, В.И. Бородин, В.О. Чахава // Российский психиатрический журнал. - 2000. - Т. 6, № 6. - С. 8-11.
40. Либерман М.Н. Проблема выявляемости психически больных и толерантность населения к ним / М.Н. Либерман // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1983. - № 4. - С. 577-584.
41. Рукавишников В.О. Проблемы психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати /

- В.О. Рукавишников, Т.П. Рукавишникова, А.Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - № 11. - С. 110-114.
42. Семин И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным / И.Р. Семин // В кн.: Руководство по социальной психиатрии. - М., 2001. - С. 73-93.
43. Менделевич В.Д. Психиатрия в зеркале общественного мнения / В.Д. Менделевич, Л.М. Авруцкий // Синапс. - 1993. - № 3. - С. 35-39.
44. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / P. Byrne // Journal of the Royal Society of Medicine. - 1997. - Vol. 90. - P. 618 - 621.
45. Jones A.H. Психическое заболевание, ставшее достоянием общности: конец стигме? / А.Н. Jones // Обзор современной психиатрии. - 2001. - № 5. - С.6.
46. Link B.G. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - Vol. 38. - P.177-190.
47. Green D.E. Community attitudes to mental illness in New Zealand twenty-two years on / D.E. Green, I.A. McCormik, F.H. Walkey [et al.] // Social Science Medicine. 2000. - Vol. 23. - P. 417-422.
48. Ястребов В.С. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрянская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова. - М., НЦПЗ РАМН. - 2004. - 28с.
49. Ястребов В.С. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрянская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова // Психиатрия. - 2004. - Т. 8, № 2. - С. 63-71.
50. Hayward P. Stigma and mental illness: a review and critique / P. Hayward, J.A. Bright // Journal of Mental Health. - 1997. - Vol. 6. - P. 345-354.
51. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman // Englewood Cliffs. - 1963. - 254p.
52. Hinshaw S.P. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change / S.P. Hinshaw. - New York: Oxford University Press. - 2007. - 275p.
53. Martin J.K. Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior", labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness / J.K. Martin, B.A. Pescosolido, S.A. Tuch // Journal of Health and Social Behavior. - 2000. - № 41. - P. 208-223.
54. Corrigan P.W. Understanding the impact of stigma on people with mental illness / P.W. Corrigan, A.C. Watson // World Psychiatry. - 2002. - № 1. - P. 16-20.
55. Link B.G. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance / B.G. Link, J.C. Phelan, M. Bresnahan [et al.] // Am. J. Public. Health. - 1999. - № 89. - P. 1328-1333.
56. Михайлова, И.И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психических больных разных нозологических групп / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - № 7. - С. 58-65.
57. Ениколопов С.Н. Направления исследования предрасположенности в западной психологии негрупповых отношений / С.Н. Ениколопов, Н.В. Мешкова // Вопросы психологии. - 2007. - № 1. - С. 148-158.
58. Hyler S.F. Homicidal maniacs and narcissistic parasites stigmatization of mentally ill persons in the movies / S.F. Hyler, G.O. Gabbard // Schneider Hospital and Community Psychiatry. - № 42. - P. 1044-1048.
59. Read J. Speaking Our Minds / J. Read, J. Reynolds // An Anthology. - L.: MacMillan, 1997. - 256p.
60. Thompson M. Discrimination Against People with Experiences of Mental Illness Wellington: Mental Health Commission / M. Thompson, T. Thompson. - 1990. - 340p.
61. Fink P.J. Stigma and mental illness / P.J. Fink, A. Tasman // Washington. DC: American Psychiatric Press, 1992. - 348p.
62. Brune P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Burne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 65-72.
63. Anthony W.A. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance / W.A. Anthony, E.S. Rogers, M. Cohen [et al.] // Psychiatric Services. - 1995. - № 46. - P. 353-357.
64. Link B.G. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with diagnosis of mental illness and substance abuse / B.G. Link, M. Rahav, J.C. Phelan et al. // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - № 38. - P. 177-190.
65. Hughes P. Stigmatisation as a survival strategy / P. Hughes // Intrapsychic mechanisms. - 2001. (URL: <http://www.stigma.org/everyfamily/phugh-es.html>).
66. Adorno T.W. The Authoritarian Personality / T.W. Adorno, D.J. Frenkyl-Brunswick, D.J. Levinson [et al.]. - New York, Harper and Row. - 1950. - 372p.
67. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обзор психиатрии и мед. психологии. - 2000. - № 1. - С. 3-8.
68. Link B.G. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка» / В.Г. Link, J.C. Phelan // Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. - Киев, 2002. - С. 427 - 437.
69. Porter R. Is mental illness inevitably stigmatizing / ed. A.H. Crisp. Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. - 2001. - 435p.
70. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame" / ed. A.H. Crisp. Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. - 2001. - 435p.
71. Pintel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes / E.C. Pintel // Journal of Personality and Social Psychology. - 1999. - Vol. 1, №76. - P. 114-128.

Поступила в редакцию 03.09.2016

УДК 616.89-008.441:343.4

*Бойченко А.А.***МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: жертва, виктимология, виктимность, шизофрения

В рамках современной биопсихосоциальной модели развития шизофрении выделяют определенные хронические изменения личности, причиной которых является факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Так называемая «жизнь с болезнью» - это совокупность деформирующих личность больного переживаний в связи с многочисленными рисками для качества жизнедеятельности и реальными трудностями в реализации собственных интересов и потребностей в условиях ограничительно-дискриминационной среды [1]. Эти переживания имеют тенденцию к усилению при ограничении возможностей жизнедеятельности больных, в т.ч. институциональном (например, при инвалидизации) и вследствие формирования стигмы. В этих случаях больные всегда подвергаются виктимогенным (от лат. *viktima* – жертва) воздействиям, связанным как со самостигматизацией, так и с видением обществом специфического образа такого человека. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации. Под социализацией понимается развитие человека на протяжении всей его жизни во взаимодействии с окружающей средой в процессе усвоения и воспроизведения социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому он принадлежит [2].

Виктимология в буквальном смысле означает «учение о жертве». Эта наука изначально развивалась как направление в криминологии, целью которой было изучение жертв преступлений. Однако со временем представления о ней трансформировались, и в современной трактовке виктимология – это общая теория, учение о жертве, имеющая предметом исследования жертву любого происхождения, как криминального,

так и не связанного с преступлениями (жертву несчастных случаев, природных и техногенных катастроф, эпидемий, войн и иных вооруженных конфликтов, политических противостояний, а также различных видов насилия, аддиктивного поведения, стигматизирующего поведения) [3]. В рамках виктимологии разрабатываются мероприятия по девиктимизации – профилактике и коррекции тех обстоятельств, по причине которых человек становится жертвой неблагоприятных условий социализации.

К базовым понятиям виктимологии относятся виктимогенность, виктимность и виктимизация. Виктимогенность обозначает наличие в тех или иных объективных обстоятельствах социализации характеристик, черт, опасностей, влияние которых может сделать человека жертвой этих обстоятельств (например, виктимогенная группа, виктимогенный микросоциум и т.д.). Виктимность характеризует предрасположенность человека стать жертвой тех или иных обстоятельств [2]. Виктимизация - процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации. Реализация данного процесса как подвижного и динамического явления в большинстве своем оказывается обусловленной взаимодействием различных составных компонентов. В качестве подобных слагаемых частей виктимизации выделяют степень виктимности, виктимогенные факторы и условия. Факторы виктимизации - это совокупность обстоятельств в жизни людей и общества, которые детерминируют процесс превращения данной личности в жертву либо тем или иным образом способствуют содействию реализации процесса виктимизации. Условиями виктимизации являются разнообразные явления объективного и субъективного характера, которые наращивают степень виктимности [4].

Впервые вопросы жертвенности были рассмотрены после окончания Второй мировой вой-

ны. В 1945 году на Японию были сброшены две атомные бомбы – в результате этих взрывов жертвами оказались одновременно тысячи человек. В том же году появились публикации по новому научному направлению – виктимологии. Практически одновременно, хотя и с некоторой задержкой, исследования в области виктимологии начали проводиться в США и ряде европейских стран [5].

В 1948г. американский криминолог Ганс фон Гентиг выделил психически больных в отдельную группу жертв преступлений, описав их в своей монографии «Преступник и его жертва» [6]. Адвокат Бенджамин Мендельсон на конгрессе психиатров в Бухаресте обозначил виктимологию как «новую отрасль биопсихосоциальной науки» со своими методами исследования, научными программами и институтами, создал классификацию жертв по степени их «вины» в преступлении, ввел некоторые виктимологические понятия [7]. В СССР виктимология начала развиваться только в конце 80-х годов [7, 8].

Одним из разделов виктимологии является психологическая виктимология – социально-психологическая теория дефицитарно-интерактивного виктимогенеза – зарождения, формирования и развития социализационного дефекта онтогенеза, приводящего к дефициту психических функций, которые блокируют возможность адекватного и адаптивного удовлетворения социальных потребностей, и обуславливают инадаптацию личности, деформирующую ее и препятствующую полноценному социальному функционированию [9].

Предпосылки для изучения виктимности не только как характеристики жертв преступлений, но и как понятия, описывающего дефект социализации, складывались еще с начала XX века. Так, уже в психоанализе было подмечено, что в поведении невротиков присутствуют жертвенные черты: личность, по сути, приносит себя в жертву неврозу. В качестве примера З. Фрейд приводил многочисленные случаи, когда болезнь в силу слабости, трусости, моральных запретов Эго становится оружием человека в борьбе против внешних помех [10].

Схожих взглядов придерживался и А. Адлер, описывая показные роли жертвы, для которых комплекс неполноценности является источником их силы. По его наблюдениям, к осознанию того, что болезнь может быть весьма ценным качеством, приводит неправильное воспитание, основанное на гиперопеке. Человек научается заболеть именно тогда, когда ему этого хочется

и когда необходимо чего-то добиться, а если это становится образом жизни - человек превращается в хронически больного [11].

В работах И.П. Павлова поведение жертвы рассматривается через призму едва ли не «унаследованного рабства души» в результате плохого воспитания [12]. Сходной точки зрения придерживался М.Я. Басов, обращая внимание на вопросы профилактики рабского образа жизни. Жертвой, по мнению автора, может быть как деспот, так и маленький покорный человечек с рабской психологией [13].

К. Хорни [14] описала стратегию «ощущать себя жертвой», которая, по мнению ученой, столь часто используется и прочно укореняется именно потому, что в действительности является наиболее эффективным методом защиты. Она позволяет невротика не только отводить от себя обвинения, но и одновременно обвинять других. При этом жертва опирается на один из самых эффективных механизмов – страдание. Через страдание жертва может предстать «в виде живого укора, что дает ей дополнительные преимущества. С одной стороны, ощущение «я – жертва» становится защитой от ненависти к себе, а потому – стратегической позицией, которую надлежит яростно оборонять. С другой – пассивное вынесение вонне ненависти к себе может провоцировать на плохое обращение с собой (происходит перенос во внешний мир того, что существует во внутреннем). В этом случае человек становится «благородной жертвой», страдающей от опасного и жестокого мира. В целом человек, прибегающий к такой форме защиты, отказывается от своей индивидуальности, но при решении человеческих проблем это оказывается одним из эффективных и выгодных способов [15].

Сходный смысл вкладывал в понимание поведения жертвы и создатель трансактного анализа Э. Берн. Жертва, по мнению Э. Берна, – это манипулятор, разыгрывающий различные роли [16]. При этом игрой Берн называет «последовательность взаимодополнительных, содержащих скрытые компоненты трансакций с заранее предопределенной, легко предсказуемой концовкой». Играя роль жертвы, человек выстраивает жизненный сценарий, в котором люди являются неизбежными пораженцами, они ухитряются терпеть поражение даже в самых выигрышных ситуациях и затрачивают иногда немало изобретательности, чтобы обеспечить себе такой провал [17].

Поведение жертвы, по Э. Фромму [18], про-

является в чрезмерной податливости и конформности. Податливые люди становятся жертвами только благодаря тем, кто хочет осуществить полный контроль над ними, потому что искаленную личность эксплуатировать легче, чем здоровую, слабая личность вызывает жалость, сильная – может дать отпор.

М. Селигман описывал поведение жертвы через понятие «выученной беспомощности» [19], которое определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда человек считает, что внешние события от него не зависят, и он ничего не может сделать, чтобы их предотвратить или изменить. Основной характеристикой выученной беспомощности является тенденция к генерализации – появившись в одной ситуации, она распространяется на многие другие сферы деятельности человека, блокируя его активность.

А.А. Ухтомский, развивая учение о доминанте [20], которая является не чем иным, как мощным мотивационным потенциалом поведения человека, писал о том, что человек может легко стать настоящей жертвой своих доминант, когда он предается предубеждениям и предвзятости.

Л.С. Выготский в своих работах [21] определял поведение жертвы явлением «средней компенсации» (включающей реальную и фиктивную компенсацию). Ученый уделяет много внимания существующей системе воспитания, которая и приносит ребенка в жертву его же болезни, ограниченности или же недостатка. Л.С. Выготский отмечал и особенный склад личности людей, являющихся жертвами своих дефектов, который включает в себя противоположные качества: силу и слабость, одаренность и недостаточность. «Если борьба кончается для организма победой, то он не только справляется с созданными дефектом затруднениями, но и поднимается сам в своем развитии на высшую ступень, создавая из недостаточности одаренность, из дефекта – способности, из слабости – силу, из малоценности – сверхценность» [21].

Виктимность, по мнению Е.С. Фоминых [22], довольно прочно закрепляется в поведении, скрывает жизненный потенциал личности, препятствует жить полноценной жизнью. Виктимная личность испытывает дефицит жизнестойкости [23] - интегральной личностной особенности, ответственной за успешность преодоления жизненных трудностей.

И.Г. Малкина-Пых рассматривала виктимность как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной

из наиболее важных стадий развития в раннем детстве (по Э. Эриксону) – стадии установления психологической автономии [3]. К наиболее важным характеристикам виктимной личности автор относит: трудности в принятии решений, стремление опереться на советы и поддержку других, перекалывание ответственности, ощущение дискомфорта при отсутствии контактов, беспомощность в ответ на критику или неодобрение, стремление привязать к себе других посредством совершения неприятных для себя, но необходимых для другого поступков, постоянные попытки восстановить положительное отношение к себе других людей, нечеткость в границах Я, безынициативность, страх, агрессия, вина, стыд, зависимость от оценок окружающих, желание быть хорошим, проявление сверхзаботы о другом, роль «мученика», страх одиночества, растерянность, тревожность, отсутствие чувства внутренней значимости, зависимость, «мягкая, но разрушительная эгоцентричность» и др. [3].

М.А. Одинцова [24] выделяет объективные и субъективные факторы виктимизации. Объективные факторы превращения человека в жертву неблагоприятных условий социализации чрезвычайно многообразны, начиная с природно-климатических, экологических условий, особенностей исторического развития, этнокультурной специфики, особенностей социальной, политической, экономической жизни народов и заканчивая техногенными катастрофами, войнами, и другими экстремальными факторами. К субъективным факторам автор относит индивидуальные особенности как на индивидуальном, так и на личностном уровне, от которых зависит субъективное восприятие себя жертвой. Виктимизация на индивидуальном уровне во многом определяется темпераментом и характерологическими свойствами, генетической предрасположенностью к отклоняющемуся поведению. Виктимизация на личностном уровне зависит от многих личностных характеристик, которые в одних и тех же условиях могут способствовать или препятствовать тому, чтобы человек становился жертвой. К таким характеристикам относят степень устойчивости и меру гибкости личности, развитость у нее рефлексии и саморегуляции, ее ценностные ориентации, тип реагирования на трудные и экстремальные ситуации и т. п. [25]. Наряду со стремлением к самосовершенствованию, автор выделяет процесс саморазрушения как разрушение собственных физических, духовных, личностных, социальных свойств, что при-

водит к физической, духовной, социальной деградации и закреплению поведения жертвы.

Е. В. Руденский [9] психологическим механизмом виктимности считал дефицит культурного потенциала развивающейся личности, создающий угрозу ее адаптации, самоактуализации и полноценного социального функционирования. Виктимность в данном случае - это своеобразный психокультурный статус, определяемый дефицитарной деформацией развития личности и включающий ряд признаков: субъективную неудовлетворенность; утрату идентичности вследствие хронического переживания страха, опасений, тревожности, стрессов, фрустраций; дезинтеграцию индивидуальной «Я-системы»; утрату психокультурной автономности; формирование психокультурного конформизма; неадекватное восприятие реальности; неадекватные самопознание, самопереживание и самооценка; снижение толерантности к фрустрации; нарушенную резистентность по отношению к стрессу; патогенную и деструктивную социальную адаптацию; агрессивно-компенсирующее самоутверждение.

На основании анализа различных подходов, М.А. Одинцова [26] выделила следующие психологические особенности виктимного поведения личности:

1) внутренние: негативные (пассивность, зависимость, диффузия идентичности, деформация образа Я, восприятие себя жертвой, депрессивность, зависимость, пессимизм, избегание, покорность, беспомощность, ригидность, инфантильность, враждебность, эгоцентризм, страхи, неуспешность, фрустрированность, рентные установки) и позитивные (одаренность, интуиция, опыт, нравственная справедливость, милосердие, способность принести себя в жертву, скромность, терпимость, углубленная самокритичность, побуждающая к самосовершенствованию, застенчивость, совесть, философски тонкое нравственно глубокое понимание мира и т. п.).

2) внешние: низкий социально-экономический статус личности, группы; стигматизация; негативные стратегии семейного воспитания (непоследовательность, авторитарность, эмоциональная депривация, враждебность и т. п.); условия общественного и государственного управления (тоталитаризм, stalking и т. п.); тип жизненной ситуации.

Применительно к психиатрической практике обоснованность изучения виктимности обусловлена прежде всего значительным спектром на-

рушений личностных особенностей и социального функционирования больных с различными, но особенно с хроническими психическими расстройствами.

В научной литературе широко представлены описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [27]. При обозначении этих состояний традиционно используется малодифференцированное понятие дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование социально-психологических подходов, в частности – изучение принципа депривационного виктимизма, как возможного детерминанта дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных. Такой подход делает возможным рассмотрение через призму виктимогенных средовых влияний и личностной виктимности таких негативных симптомов как аутизм, ангедония, отчуждение, гипобулия, асексуальность и др. [1].

В.А. Абрамовым [1] рассматриваются основы социально-психиатрической виктимологии как теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности, формирования и развития стигматизационного дефекта, дефицита социальных личностных компетентностей, которые определяют формирование виктимной личности, детерминированной психической депривацией, деформирующей межличностные отношения.

Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов.

К внешним факторам виктимизации могут быть отнесены дискриминация, институционализация (патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства), стигматизация психически больных [1]. В обобщенном виде эти факторы представляют собой виктимогенную среду с многочисленными агрессивными-деструктивными воздействиями на личность больных. Применительно к этому контингенту виктимогенная среда – это социум, навязывающий больному роль жертвы, аутсайдера, маргинальной личности.

Дискриминация. Дискриминация рассматривается как негативное, пристрастное отношение к людям, нарушение их прав или ограничение возможностей на основании наличия у них

психического расстройства или психиатрического диагноза. Нарушения элементарных свобод, отказ от предоставления лицам с психическими расстройствами гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав характерны для многих стран мира, и происходят как внутри медицинских учреждений, так и за их пределами [28].

На уровне сообщества повседневная практика оказания психиатрической помощи, профессионально-трудовой реабилитации и обеспечения пособиями по инвалидности сама по себе исторически сформировалась таким образом, что стала причиной сегрегации и зависимости больных. Такая тактика способствовала навешиванию специфического ярлыка на все потребности больных исходя из того, что любые их нужды вытекают из «психической болезни». В ответ на такие общечеловеческие запросы как потребность в жилье, работе, образовании и социальных связях, пациентам предлагается помощь, ориентированная на лечение. Тем самым подкреплялось мнение, что этих людей скорее следует рассматривать через призму их «дефекта», чем видеть в них полноправных граждан. Принято выделять прямую и структурную, бытовую и институциональную дискриминацию. Прямая дискриминация охватывает случаи, когда люди с проблемами психического здоровья страдают от негативного отношения к ним окружающих и связанного с ним поведения. К основным дискриминационным проблемам, с которыми сталкиваются психически больные, это трудности в поиске жилья, безработица, негативное отношение работодателей и коллег, трудности в получении образования, низкая вероятность вступить в брак и высокая вероятность его расторжения, отчуждение со стороны родственников и друзей, низкое качество общемедицинской помощи, высокий риск суицидов и насилия [28].

Структурная дискриминация – ограничение прав и возможностей больных на государственном уровне (законы, постановления, инструкции), в частности, отношение к оказанию психиатрической помощи как к неприоритетной сфере медицинской деятельности с соответствующим уровнем ее финансирования. Как структурную дискриминацию можно рассматривать перманентное сокращение числа психиатрических коек без альтернативного совершенствования форм внебольничной психиатрической помощи [28].

Бытовая дискриминация подразумевает негативно пристрастное отношение к психически больным со стороны отдельных лиц или малых

общественных групп. Бытовая дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами, психиатрическими диагнозами носят масштабный характер; они нередко приводят к развитию у человека комплекса неполноценности, ущербности, к социальной изоляции его семьи, чувству неловкости близких перед окружающими за его расстройство [29, 30, 31, 32].

Институциональная дискриминация подразумевает дискриминацию, имеющую место со стороны большой группы, общества, организации или социального института по отношению к больным с психическими расстройствами. Институциональная дискриминация может происходить в системе образования, коммерческих и производственных организациях, правовой, судебной системе и т.п. [33].

Дискриминация в отношении психически больных, как форма крайне выраженного негативного к ним отношения – это стереотипный набор негативных социальных реакций, нарушающих (ограничивающих) их свободы и права. Такое непосредственное или скрытое давление на пациента может исходить от медперсонала, семьи, формального микросоциального окружения, общества и государства.

В основе процесса дискриминации лежит стремление общества сохранить социальную дистанцию по отношению к психически больным, которое сопровождается целым рядом социальных ограничений, заключающих в себе стрессогенные нагрузки. Это касается как законодательных мер, так и ограничений в различных сферах жизнедеятельности больных (структурная дискриминация). Структурная дискриминация является прямым следствием многочисленных негативных эффектов от контакта пациента с психиатрической службой и предубежденно настроенным микросоциальным окружением [34].

Пребывание в психиатрической клинике, амбулаторный учет по месту жительства автоматически ограничивают социальную деятельность человека, пережившего психотический эпизод. Возникает ряд запретов, клеймящих этого человека как неполноценного и потенциально-опасного, требующего общественного надзора. Сегодня существует широко разветвленная социальная сеть, осуществляющая такой надзор: от амбулаторного наблюдения и содержания в психиатрической клинике до освидетельствования на инвалидность и социальной опеки. Необходимость данной сети не вызывает сомнений из-за тяжести и, нередко, дезадаптирующего

характера заболеваний. С другой стороны, процедура надзора оказывается меткой социальной несостоятельности: общество берет на себя ответственность за больного (патернализм), уничтожая его право на свободный выбор собственной судьбы, подвергая его дискриминации [34].

Госпитализм. Госпитализм – это своеобразный комплекс изменений адаптивных ресурсов личности и усвоения дезадаптивных паттернов социального функционирования, формирующийся в условиях длительного пребывания пациента в однообразных условиях психиатрического стационара. В более широком смысле госпитализм – это состояние патологической адаптации, возникающее у пациента под влиянием совокупности факторов, привнесенных в его жизнь болезнью [1] (институционализм, синдром хронической десоциализации).

Длительное содержание больных с психическими расстройствами в психиатрическом стационаре порождает сложный комплекс отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни «среднестатистического» пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью [35].

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистическое отношение персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у пациентов феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления. Для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы», формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Наиболее негативное влияние на общее впечатление от пребывания в психиатрической больнице оказывают изоляция, невозможность самореализации, удовлетворения общечеловеческих потребностей, ощутить свою принадлежность к какому-нибудь сообществу [35]. Агрессивная социальная среда, хронические социальные зат-

руднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения с чувством беспомощности как по отношению к непосредственному окружению и медицинскому персоналу, так и по отношению к себе, что способствует формированию виктимности.

Законодательством допускается применение при оказании психиатрической помощи мер изоляции и физического ограничения. При госпитализации в психиатрическую больницу пациент как субъект психиатрического вмешательства выступает и как субъект изоляции или посягательств на неприкосновенность личной жизни и достоинство личности. Изоляция – это не только крайний вариант «лечебного» ограничения жизненного пространства, это и осознание пациентом своей неблагонадежности и полной зависимости от окружающих. Практика оказания психиатрической помощи связана с феноменами физической, социальной и психологической изоляции. Физическая изоляция нарушает право на физическую неприкосновенность (свободу) личности, выбор местопребывания. Психологическая изоляция нарушает право на неприкосновенность внутреннего мира личности, возможность самореализации, сводит многочисленные социальные роли к выполнению роли зависимого пациента. Социальная изоляция предполагает сужение пространства активной жизни личности, ее пребывание в «агрессивной» социальной среде стационара, а также постепенное дистанцирование пациента от системы его поддержки (друзья, родственники, соседи) и самоизоляции от окружающих. Пребывание в условиях изоляции исключает возможность сотрудничества с пациентом как главным условием его реабилитации и социальной интеграции [35].

Принуждение (притеснение) в психиатрической практике является умышленным или санкционированным законом и традициями, или противоправным воздействием на пациента, которое осуществляется путем физического и/или психического насилия с целью заставить его или совершить какие-либо действия, либо воздержаться от их совершения. Диапазон принуждения достаточно широк – от ситуаций получения «суррогатного согласия» [36] и недобровольного освидетельствования психиатром и госпитализации в психиатрическую больницу до механической фиксации и принудительного введения лекарств.

Способами осуществления принуждения являются насилие и угроза его применения. Раз-

личают вербальное, физическое, психическое, эмоциональное насилие, которому пациенты могут подвергаться на различных этапах психиатрического вмешательства. В любом случае принуждение подавляет волю и может повлечь причинение вреда здоровью, ограничение свободы волеизъявления или действий пациента [37].

Стигматизация. Помимо этого, положение больных с психическими расстройствами в обществе, их права и качество жизни в значительной мере определяются существующими социальными установками, стереотипными представлениями, которые способствуют формированию предубежденного отношения к ним. Непосредственным негативным следствием такого отношения является навешивание на человека с психиатрическим диагнозом определенного ярлыка, который квалифицируется как социальное клеймо или стигма. В психиатрической практике стигма является свидетельством негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной, наделяемой отрицательными качествами группе (психически больные), которая выделяется как отдельная категория людей [34].

Стигма процессуально связана с целым рядом социально-психологических и клиничко-психопатологических феноменов, интегрированных в различные составляющие качественной психиатрической помощи. Как крайне негативный признак, она лежит в основе стигматизации или процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом [1].

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире [38] в разделе «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивается, что стигма – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества». Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать общения, принятия на работу или совместной работы, мешает проживанию с людьми, наблюдающимся у психиатров. Стигма как виктимизирующий фактор трагическим образом лишает людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, является серьезным препятствием для личностного развития и социальной интеграции больных.

Многие компоненты психиатрической помо-

щи вызывают у пациентов негативную реакцию в виде душевных страданий. Даже обращение за психиатрической помощью в условиях современной институциональной, стигматизирующей, дискриминирующей виктимогенной системы приводит к переживаниям стыда, позора, обиды, несправедливости, унижения достоинства, то есть наносит серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, в систему личностных смыслов, способствует формированию кризиса идентичности с высокой вероятностью девиантного поведения, являясь, по существу, фактором виктимизации [1].

При госпитализации в психиатрический стационар больные переживают экзистенциальные чувства тревоги, вины, страха, утраты свободы действовать (осуществлять выбор) и свободы быть (чувства бытия, идентичности, автономии), безнадежности. Эти нравственные страдания затрагивают внутренний мир личности, способствуя восприятию пациентом себя в качестве жертвы. При оказании психиатрической помощи это может выражаться в моральных переживаниях в связи с фактом госпитализации (изоляции) в психиатрическую больницу, установлением психиатрического диагноза, «агрессивной» средой отделения (в части соблюдения прав и ценностных подходов к пациенту), нарушениями нормальных жизненных связей, невозможностью продолжения активной общественной жизни, зависимой позицией и другими факторами морального характера [37].

Таким образом, виктимизирующих факторов при оказании психиатрической помощи множество: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Пребывание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни большинства больных общепсихиатрических отделений характеризуется неудовлетворенностью различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Виктимизации в этих случаях способствует сочетание проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного. Однообразие жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как отстраненность, покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем, повышая риск виктимизации,

чему способствуют патерналистское отношение персонала, недостаток социальной поддержки и другие внешние виктимизационные факторы.

В качестве методологической основы исследования внутренних факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут быть положены психологические механизмы клинически определяемых личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе, осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. Формирующийся на этой основе синдром виктимности представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [1].

Ценностно-смысловые ориентации личности, развивающиеся в процессе социализации под влиянием культурно-исторических условий, определяют центральную позицию личности, оказывают влияние на направленность и содержание ее социальной активности, на общий подход к окружающему миру и самой себе. Ценностно-смысловая сфера личности в широком смысле чаще всего понимается как система личностных смыслов и отношений к различным явлениям действительности, которая выступает регулятором процессов жизнедеятельности, и включает ряд структурных компонентов и содержательных характеристик [39].

Изучение особенностей смыслообразования при шизофрении [40] позволило выделить следующие изменения у этой группы больных. Во-первых, для них характерно снижение смыслообразующей и побудительной функции мотивов, проявляющееся в том, что осознание важности тех или иных вещей не ведет к тому, что больные строят на этой основе свои действия. Во-вторых, для них характерно сужение круга смысловых образований, сужение круга значимого. М.М. Коченов и В.В. Николаева [41] говорят в этой связи о снижении подвижности и гибкости мотивационной сферы, естественная устойчивость которой перерастает в полную неподвижность, а новые события в жизни часто вообще не приобретают личностного смысла. Наконец, в ряде случаев наблюдается парадоксальная

фиксация определенного круга смыслов, которые при взгляде со стороны не кажутся действительно важными. У больных шизофренией происходит нарушение внутренней иерархии мотивационной сферы, в результате чего многие ранее имевшие глубокий личностный смысл явления отступают на задний план, а наибольший смысл приобретают менее существенные и второстепенные.

Близкие изменения в мотивационной сфере больных шизофренией выявлены В.В. Болтенко [27]: сужение мотивационной сферы, обеднение интересов при наличии одного жестко закрепленного, иногда гипертрофированного интереса, резкий перелом интересов с изменением направленности личности в целом и распад мотивов с широкой сферой интеграции и сохранение лишь ситуативных мотивов. Указанные изменения имеют тенденцию усугубляться. По мере нарастания дефекта личности сужается круг реально действующих мотивов, обедняя тем самым деятельность больных. В свою очередь, оскудевающая деятельность больных оказывает обратное влияние на структуру мотивационной сферы. Формирования новых мотивов с оскудением деятельности не происходит.

Изменения смысловой сферы у больных шизофренией затрагивают не только мотивы. Одной из характерных психологических особенностей больных с негативной симптоматикой является наличие установки на самоограничение, которая проявляется, в частности, в отсутствии ориентации на социальную норму, малоподвижности уровня притязаний, преобладании защитных форм поведения и др. [42]. В ситуации решения творческих задач при невозможности применения стандартных средств решения больные фиксируются на непродуктивном переживании конфликта, которое заменяет у них полноценную рефлексию; возникающее затруднение переживается ими как фатальное [43].

Наиболее специфичны изменения смысловой сферы, наблюдаемые при параноидных состояниях. В этом случае возникающий сверхзначимый патологический мотив настолько «искривляет пространство» картины мира, что возникает порочный круг самоподкрепляемой искаженной интерпретации действительности через призму этого мотива.

При шизофрении ведущим компонентом патопсихологического синдрома являются нарушения потребностно-мотивационных характеристик регуляции психической деятельности и поведения. Нарушение этого ведущего компонента про-

является в снижении социальной направленности личности, что является основным интегративным, смыслообразующим качеством личности, ее ядром [44]. Изменяя психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к изменению личностного компонента. Происходит формирование новых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание и иерархия.

Понятие копинг-поведения подразумевает индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами или психологическое преодоление. Психологическое преодоление, в свою очередь, обозначает когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Активная форма копинг-поведения или активное преодоление являются целенаправленным устранением или изменением влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности и окружающей среды. Пассивное копинг-поведение или пассивное преодоление определяются как интрапсихические способы совладания со стрессом с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации [45].

Преобладающие стратегии поведения у пациентов, страдающих шизофренией, оказывают существенное влияние на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания, вероятность рецидивов [46]. Доказано, что способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями снижается у пациентов с дефицитом навыков социального и проблемно-решающего поведения, они часто применяют неадаптивные варианты копинг-поведения [47, 48].

В современной психопатологии феномен осознания болезни представлен концепцией инсайта [49], который определяется как формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, совпадающих с культур-

но-социальной реальностью сообщества, частью которого он является. Таким образом, инсайт – это адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов, а нарушение инсайта – это нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико-социальных суждений о своем психическом здоровье. Суммируя имеющиеся данные относительно структуры инсайта можно выделить следующие его аспекты: осознание наличия психического расстройства, осознание симптомов психического расстройства, понимание причин (психического расстройства в целом, отдельных симптомов заболевания, реакции окружающих на болезнь, эффектов лечения), осознание динамики заболевания (изменений симптоматики с течением времени), осознание социальных последствий заболевания, осознание эффектов медикаментозного лечения, осознание необходимости лечения, осознание восприятия психической болезни третьими лицами.

Показано, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности.

Однако эмпирических исследований, направленных на изучение проблем виктимности и виктимизации больных шизофренией как жертв неблагоприятных условий социализации, не проводилось. В то же время, разработанные в социально-психологической виктимологии методологические подходы к изучению феноменов виктимности и виктимизации могут быть использованы при изучении клинико-психологических и клинико-социальных особенностей больных шизофренией, как лиц, подвергающихся стигматизации и самостигматизации негативными обстоятельствами «жизни с болезнью».

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: жертва, виктимология, виктимность, шизофрения

В статье рассматривается сущность виктимности как интегративного свойства личности. Приведены основные существующие на данный момент представления о внутренних и внешних механизмах, обуславливающих формирование виктимности различного типа. На основании анализа литературных данных выдвинуто предположение о существовании внешних (дискриминация, институционализация - патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства; стигматизация психически больных) и внутренних (особенности ценностно-смысловой сферы, жизнестойкость, особенности мотивационной сферы, сформированность тех или иных копинг-стратегий, степень инсайта) факторов виктимизации больных шизофренией. В качестве методологической основы исследования виктимизации больных шизофренией могут быть положены теоретические положения, раскрывающие психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, ее ценностно-смысловой и мотивационной сферы, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 62-72).

Boychenko A.A.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSMENT OF VICTIMIZATION MECHANISM OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: victim, victimology, victimization, schizophrenia

The article examines the essence of victimization as an integrative personality attribute. The main existing at the time of submission internal and external mechanisms that determine the formation of different types of victimization are provided. Based on the analysis of the literature data was suggested the existence of external (discrimination, institutionalization - paternalism, hospitalism, disability, coercion and isolation as a form of deprivation of psychiatric intervention; stigmatization of the mental illness) and internal (features of the value-semantic sphere, vitality, the motivational sphere, coping strategies, a degree of insight) victimization factors of patients with schizophrenia. As the methodological basis of the study of victimization of patients with schizophrenia can be put theoretical principles that reveal the psychological aspects of the self-consciousness and identity, its value-semantic and motivational sphere, which are formed under the influence of predetermining and reflecting the role of the victim's behavior strategies. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 62-72).

Литература

1. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я: Монография / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов – Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А., 2016. – 436 с.
2. Мудрик А.В. Человек в процессе социализации: три ипостаси / А.В. Мудрик // Вестник ПСТГУ, IY, Педагогика. Психология. – 2009. - №3 (14). – С. 7 - 16.
3. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2010. – 864с.
4. Вишневецкий К.В. Виктимизация: факторы, условия, уровни / К.В. Вишневецкий // Теория и практика общественного развития. - 2014. - № 4. – С. 226 - 227.
5. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы: учебное пособие / В.Е. Христенко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 416 с.
6. Гентиг, Г. Преступник и его жертва / Г. Гентинг. – Нью-Йорк, 1948. – 367 с.
7. Ривман Д.В. Криминальная виктимология / Д.В. Ривман - СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
8. Франк Л.В. Виктимология и виктимность / Л.В. Франк. - Душанбе: РИСО ТГУ. – 1973. -№2. - С. 262-264.
9. Руденский Е.В. Дефект социализации личности как базовая категория виктимологии образования / Е.В. Руденский. - Новосибирск, 2004. – 120 с.
10. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. - СПб.: Лениздат, 2012. – 544 с.
11. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер. - СПб.: Академический проект, 1997. – 256 с.
12. Павлов И.П. Рефлекс свободы / И.П. Павлов. – СПб.: Питер, 2001. – 448с.
13. Басов М.Я. Избранные психологические произведения / М.Я. Басов. - М.: Педагогика, 1975. – 432 с.
14. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. - М.: Айрис-Пресс, 2004. – 208 с.
15. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление / К. Хорни. - Киев: PSYLIB, 2006. – 318 с.
16. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. - М.: Эксмо, 2008. – 576 с.
17. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Э. Берн. - СПб.: Братство, 1992. – 224 с.
18. Фромм Э. Может ли человек преобладать / Э. Фромм. - М.: АСТ, 2000. – 400 с.
19. Селигман М. Новая позитивная психология. Новый взгляд на счастье и смысл жизни / М. Селигман. - М.: София, 2006. – 368 с.
20. Ухтомский А.А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887–1939 / А.А. Ухтомский. - СПб.: Питер, 2002. – 448 с.
21. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. - СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
22. Фоминых Е.С. Психологические механизмы виктимности / Е.С. Фоминых // Концепт. - 2014. - № 5. – С. 54 – 61.
23. Maddi S.R. Hardiness considered across cultures / S. R. Maddi, R.H. Harvey // Handbook of multicultural perspectives on stress and coping. NY: Springer. - 2005. -PP. 403-420.
24. Одинцова М.А. Субъективные и объективные факторы виктимизации россиян и белорусов / М.А. Одинцова // Психологические исследования. - 2012. - № 1(21). - С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 21.09.2016).
25. Мудрик А.В. Человек – объект, субъект и жертва социализации / А.В. Мудрик // Известия РАО. - 2008. - № 8. - С. 48–57.
26. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости / М.А. Одинцова. –М.: Флинта, 2015. – 201с.
27. Болтенко В.В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией / В.В. Болтенко // Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во У РАО, 1998. - С. 204 – 209.
28. Синнемяки А. Пособие по обеспечению равноправия и борьбе с дискриминацией на рабочем месте / А. Синнемяки // Министерство занятости и экономического развития Финляндии, Хельсинки, 2009. – 15 с.
29. Гурович И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. – С. 5 - 8.
30. Sayce L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems / L. Sayce, L. Measey // Psychiatric Bulletin, 1999. - № 23. – С. 65-67.
31. Некрасов М. А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья / М.А. Некрасов // Автореф. дис. на соиск. уч. степ.

доктора мед. наук. – М., 2008. – 28 с.

32. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*, 1999. - № 23. – PP. 129 - 131.

33. Мацумото Д. Психология и культура: Современные исследования /Д. Мацумото. - СПб.: Прайм-Евразия, 2002. — С. 88 -89.

34. Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 28 с.

35. Госпитализм у хворих на шизофренію / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2007. – 16 с.

36. Критерії добровільної згоди під час надання психіатричної допомоги / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 20 с.

37. Етико-правові підходи до оцінки мір і ризику завдання шкоди хворому під час психіатричного втручання / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 31 с.

38. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, Женева, 2001. – 243 с.

39. Одинцова М.А. Ценностно-смысловая сфера лиц разного виктимного типа/ М.А. Одинцова, Н.Ю. Чернобровкина – М.: Флинта, 2014. – 181с.

40. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности / Б.В.Зейгарник – М.: Изд-во МГУ, 1971. - 100 с.

41. Коченов М.М. Мотивация при шизофрении / М.М. Коченов, Николаева В.В.- М.: Изд-во МГУ, 1978. - 88 с.

42. Зейгарник Б.В. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова*. – 1985. - № 12. – С. 123-131.

43. Зейгарник Б.В. Саморегуляция в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур // *Психологический журнал*. – 1989. - № 2. – С. 73-81.

44. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков - М.: Изд-во МГУ, 1991 - 256 с.

45. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк, «Каштан», 2009. – 583с.

46. Ряполова Т.Л. Особенности копинг-поведения больных с манифестным эпизодом шизофрении / Т.Л. Ряполова // *Медицинская психология*. – 2011. - № 2. – С. 39 – 44.

47. Исаева Е.Р. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией и невротами / Е.Р. Исаева, Г.Л. Исурнина, Е.В. Кайдановская и др. // *Обзор психиатрии и мед. Психологии им. В.М. Бехтерева*. - 1995. - № 3 - 4. - С. 98 - 101.

48. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 21 с.

49. Иржевская В.П. Проблема инсайта в современной психологии / Г.Е. Рупчев, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова // *Вопросы психологии*. - 2008. - № 2. –С.143-151.

Поступила в редакцию 14.10.2016

УДК 616.89-008.484:159.923

*Мельниченко В.В.***ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: выученная беспомощность, личностная беспомощность, атрибутивный стиль, онтогенез, самостоятельность, поисковая активность, семья, депрессия, психосоматика, расстройство зависимой личности, шизофрения, коррекция беспомощности

Условия жизни современного человека требуют от него значительных ресурсов для реализации внутреннего потенциала, целого спектра качеств, свидетельствующих о наличии внутренней и внешней свободы, самостоятельности, умении преодолевать трудности, способности стратегически планировать свою деятельность, проявлять активность и настойчивость в стремлении к достижению конкретного результата. Обычному человеку бывает сложно адаптироваться к неконтролируемым и непредсказуемым внешним событиям и ситуациям. Человек, склонный к страху перед трудностями, поддающийся сомнениям, не способный предпринимать активные действия для устранения последствий негативной жизненной ситуации, не уверенный в себе и в собственных силах плохо адаптируется к современным жизненным условиям. По сути, он становится беспомощным. Так называемое состояние выученной беспомощности крайне отрицательно влияет на творческие способности, жизнерадостность, активность, продуктивность в деятельности, а также на состояние здоровья человека [1,10,33].

Негативные события, имеющие непредсказуемый и неконтролируемый характер, способствуют появлению и закреплению феномена «выученной беспомощности». Столкнувшись неоднократно с непреодолимой жизненной ситуацией, человек смиряется, «опускает руки», воспринимает негативные события как карму, судьбу, рок, неизбежность, которую контролировать и изменить ему не по силам. Опасность такого фаталистического восприятия одной повторяющейся негативной ситуации в том, что механизм реагирования на нее переносится на все прочие, даже те, исход которых имеет возможность быть позитивным и продуктивным [15,32,37,47,78].

Ощущение человеком неконтролируемости грядущих и текущих событий влечет за собой

развитие фактической недостаточности контроля деятельности, что впоследствии оказывает прямое влияние на снижение мотивации, способности обучаться и проявление таких отрицательных эмоций как повышенный уровень тревожности, фрустрация, депрессия, чувство подавленности, ощущение безысходности, предопределенности бытия и печали. Неконтролируемость последствий деятельности естественным образом формирует пессимизм, пассивность, устойчивое нежелание преодолевать трудности, объективное отношение к окружающей действительности, стремление переложить ответственность за последствия любой активности на внешние детерминанты. При этом решающим фактором в механизме возникновения выученной беспомощности являются не тяжелые эмоциональные переживания, связанные с безрезультатностью усилий, а непреодолимое чувство неконтролируемости, безучастности, беспомощности [6,16,20,21,35,38,42,55,59,63,68,70,71,78].

Выученная беспомощность – феномен, преимущественно формирующийся в период детства в определенных социально обусловленных условиях и затрагивающий все сферы психологического проявления человека [47,63,68,70,71,78].

В качестве специфических характеристик выученной беспомощности описаны такие внешние ее проявления, как торможение поведения, моторной активности, ослабленная мотивация, нарушение познавательной активности и ее продуктивности, детерминация к появлению и укреплению психосоматических расстройств. Ряд исследований подтверждают, что пусковым механизмом формирования выученной беспомощности является негативный опыт осознания неподконтрольности событий в детстве и подростковом возрасте [6,20,47,55,81].

Ощущение беспомощности имеет тенденцию

к генерализации, возникнув в одной сфере жизнедеятельности, переносится на другие — происходит отказ от попыток решения задач, которые могут быть решены на основе внутренних ресурсов. Степень генерализации выученной беспомощности зависит полностью от характера прошлого опыта субъекта и его психологических установок [47,55,78].

Данный феномен проявляется манифестами дефицита в трех основных сферах личности: мотивационной (неспособность действовать активно, инициировать деятельность), когнитивной (ограниченность возможности научиться противодействию, противостоянию негативной тенденции и не переносить отрицательный опыт на другие сферы жизнедеятельности), эмоциональной (стресс, фрустрация, подавленность, депрессия), что является следствием безуспешности активности [17,20,24,38,46,55,78].

Впервые беспомощность (*Hilfslosigkeit*) как психологический феномен описал Зигмунд Фрейд. Концепция выученной беспомощности как самостоятельного феномена была предложена в начале 70-х годов американским психофизиологом, профессором Пенсильванского университета, Мартином Селигманом, который в процессе наблюдения за результатами специально организованных физиологами экспериментов обнаружил, что собаки отказываются от попыток преодолеть стрессовую ситуацию, и не стремятся избежать воздействия самого стрессогенного фактора. Напротив, в ситуации регулярного воздействия стрессора, после нескольких безуспешных попыток избегания его негативного воздействия животные вели себя неизменно «беспомощно». Причем было отмечено, что подобное «беспомощное» поведение стабильно проявлялось в ситуациях, аналогичных экспериментальным, что свидетельствовало о том, что «беспомощность» выучивалась — формировалась и закреплялась посредством обретения отрицательного опыта [9,42,47,78].

Были проведены многочисленные исследования, подтвердившие феномен выученной беспомощности у людей. В одном из них, проведенном Д. Хирото (D.Hiroto,1974) на людях, были практически в точности воспроизведены результаты, полученные М. Селигманом и его коллегами. Испытуемым в группе с сохранением контроля предъявлялся громкий звук, который они могли остановить, нажав на кнопку. Другая группа, лишенная возможности контроля, слышала тот же громкий неприятный звук, но не могла его контролировать. Затем в

основном эксперименте обеим экспериментальным группам, а также контрольной, не участвовавшей в предварительном эксперименте, предлагалось так же научиться простым движением руки устранить неприятный шум. Также как и в эксперименте с собаками, группа, не участвовавшая в предварительном эксперименте, и группа, имевшая возможность контролировать ситуацию, быстро научились управлять шумом, в то время как группе, лишенной контроля над ситуацией в первом эксперименте, этого сделать не удавалось. Большинство испытуемых пассивно сидели и терпели неприятный шум. Затем испытуемых направляли в другую комнату, где стоял специально оборудованный ящик. Испытуемые должны были положить в него руку, и когда рука прикасалась ко дну ящика, раздавался противный звук. Если испытуемые касались противоположной стенки, звук прекращался. Эксперименты Д. Хирото показали, что люди, имевшие возможность отключать неприятный звук, выключали его и во второй серии экспериментов. Они не соглашались с ним мириться, и быстро обнаруживали способ прекратить неприятные ощущения. Так же поступали люди из группы, не участвовавшей в первой серии. Те же, кто в первой серии испытал беспомощность, переносили эту приобретенную беспомощность в новую ситуацию. Они даже не пытались выключить звук - просто сидели и ждали, когда все кончится [15,71].

Эксперименты немецкого ученого Ю. Куля со студентами уточнили особенности данного феномена. Ю. Куль предложил студентам решать различные интеллектуальные задачи, которые не имели решения, но испытуемые об этом не знали. После серии безуспешных попыток решить «простые» задачи, сопровождавшихся негативными комментариями экспериментатора о способностях испытуемых, большинство людей впадало в состояние тревоги и отчаяния, так как наносился удар по самооценке. После чего испытуемым предлагали простую, решаемую задачу, с которой они тоже не справлялись, так как формировалась выученная беспомощность [73].

Ю. Куль предположил, что снижение продуктивности решения тестовой задачи в последнем случае связано с невозможностью быстро деактивировать мысли о неудаче, которые, оставаясь в активном состоянии, поглощают ресурсы, необходимые для реализации намерения. Ю. Куль определил обученную беспомощность как

нарушение способности преодоления имеющихся трудностей, отказ от каких-либо действий для их разрешения на основе опыта предшествующих неудач в сходных ситуациях. Ю. Куль выяснил, что состояние беспомощности возникает, если в ситуации одновременно присутствуют три составляющих компонента, такие как: 1) наличие субъективной оценки невозможности самому справиться с задачей; 2) ощущение невозможности контролировать ситуацию; 3) приписывание причин неуспеха себе и своим личным качествам [25].

В более поздних трудах М. Селигман бихевиоральный подход к синдрому выученной беспомощности переформулировал в когнитивно-бихевиоральный. Сделал он это исходя из воззрений Б. Вайнера, который показал, что настойчивость человека перед лицом неудачи в значительной мере зависит от того, как он сам интерпретирует имевшую место неудачу - лишь как результат недостаточности приложенных усилий либо как результат внешних обстоятельств, которые ему полностью неподконтрольны. М. Селигман и несколько его коллег (L. Abramson, M. Seligman, J. Teasdale, 1978) экстраполировали эти выводы на интерпретацию того, почему у одних людей развивается синдром выученной беспомощности, а у других нет. Это в сильной степени зависит от того, какой стиль объяснения (атрибуций) имевшей место неудачи имеется у конкретного человека — пессимистический или оптимистический [9,51].

Исследования, подтверждающие, что формирование выученной беспомощности происходит в определенных условиях в период раннего детства и дает «плоды» на протяжении всех этапах жизни человека, свидетельствует о том, что изучение ее с позиции онтогенетического подхода является вполне обоснованным. В раннем детстве в силу культурных стереотипов родители подавляют поисковую активность ребенка в удовлетворении его базовых потребностей в еде и движении: ребенка кормят вначале по часам, потом в соответствии с правилами питания, пеленают, ограничивают его территорию кроваткой или манежем [51].

Позже в 3-5 лет, в период освоения физического мира у ребенка возникает потребность все делать самому, что, естественно, он делает не так, как «правильно», а экспериментируя и совершая ошибки. Взрослые или запрещают самостоятельные действия, или прерывают их прежде, чем ребенок достигнет успеха, либо дают сделать только то, в чем удача абсолют-

но гарантирована. Последствие этого - формирование двигательной беспомощности (подавлении поиска в деятельности или в двигательной активности), которое появляется в состоянии под названием «Лень». Лень - результат обучения через негативное подкрепление («нельзя», «не трогай», «не подходи»). Маленькому ребенку не бывает лень играть, гулять, или сделать себе бутерброд, когда он хочет есть, в отличие от детей более старшего возраста, когда двигательная беспомощность уже сформирована [31,39,40].

Следующий период - освоение ребенком категорией времени. Этот период у большинства детей проходит в детском саду и младших классах школы. Чтобы научиться управлять своим временем, нужен эксперимент, путь проб и ошибок. Экспериментирование ребенка с управлением временем сталкивается с особым способом внешнего воздействия, который можно охарактеризовать двумя понятиями: режим дня и регламентирование типа движений (время бегать, время спокойных игр). К сожалению, эти формы не учат ребенка самому управлять своим временем, формируя беспомощность в данной сфере. Пример беспомощности в зрелом возрасте в отношении управления временем: каждое утро не хватает пять минут, чтобы собраться (их не хватает, даже если человек встанет на час раньше). Не хватает дня для подготовки к экзаменам. Постоянные опоздания на работу или даже на поезд. Неэффективное планирование: на день планируется столько дел, которые с трудом можно выполнить за три.

Д.Циринг и О.Волкова выяснили, что в семьях, где родители имеют высокий уровень дифференциации личности, вырастают самостоятельные дети. В тех семьях, где родители отличаются низким уровнем дифференциации, чаще вырастают беспомощные дети, так как личностная беспомощность является одним из возможных проявлений низкой дифференцированности личности. Уровень дифференциации воспроизводится всей системой взаимодействий родителей и детей, в частности, посредством стиля воспитания, характерного для родителей. Таким образом, родители детей с личностной беспомощностью используют такие стили воспитания, которые поощряют низкий уровень дифференциации у детей [2]. Родители беспомощных детей в большей степени, чем родители самостоятельных детей, склонны проявлять неустойчивость стилей воспитания. Кроме того, очевидно, что влияние материнского и отцовского стиля, вос-

питания на формирование личностной беспомощности и самостоятельности существенно отличается. Так, если матери у беспомощных детей больше склонны к потворствованию, чем у самостоятельных, стремятся к максимальному и некритичному удовлетворению любых потребностей ребёнка, любое его желание становится для них законом, а необходимость этого стиля воспитания матери склонны аргументировать исключительностью ребёнка, его «слабостью», желанием дать то, чего они были лишены сами, отсутствием в семье отца [14,48]. У детей с беспомощностью отцы, наоборот, менее склонны к некритичному удовлетворению любых потребностей ребёнка, чем отцы самостоятельных детей. Можно предположить, что отцовское потворствование воспринимается ребёнком как поощряющее самостоятельность, тогда как материнское — как подавляющее её. Матери беспомощных детей больше, чем матери самостоятельных детей, склонны к проявлению гиперпротекции, уделяют ребёнку чрезмерно много времени, сил и внимания и его воспитание становится самым важным делом в их жизни, они склонны также к чрезмерным требованиям-запретам (доминированию), а отцы - с одной стороны, к проявлению недостаточности требований-запретов к ребёнку и недостаточности обязанностей, а с другой - к чрезмерности санкций (жесткому стилю воспитания), то есть они склонны чрезмерно реагировать даже на незначительные нарушения поведения, привержены к строгим наказаниям за невыполнение семейных требований, убеждены в полезности для детей максимальной строгости. Склонность отцов беспомощных детей к жесткому стилю воспитания ещё раз подтверждает, что недифференцированность в семье способствует жестокому обращению, нетерпимости, конфликтам, что в свою очередь также порождает низкую дифференцированность у ребёнка [5].

Очевидно, различия в материнском и отцовском стилях воспитания и соответственно в их роли в формировании личностной беспомощности связаны с различными воспитательными функциями матери и отца. Роль отца до настоящего времени в формировании беспомощности и самостоятельности недооценивалась. В научной литературе можно встретить упоминания о значительной роли матери, которая связывается с тем, что мать проводит с ребёнком больше времени, имеет более интенсивную эмоциональную связь с ним, поэтому формирование состав-

ляющих беспомощности, например, пессимистического атрибутивного стиля, связывают преимущественно с влиянием матери [2,14,48]. Дети, имеющие близкие отношения с отцом, обладают значительно более высокой самооценкой и стабильностью образа Я, являются более отзывчивыми [4], то есть они имеют личностные особенности, совпадающие с особенностями «самостоятельных» детей.

Роль отца в развитии ребёнка мало изучена. Ещё Зигмунд Фрейд подчёркивал значение фигуры отца, но исследования влияния семьи на ребёнка сосредоточились в основном на изучении взаимоотношений матери и ребёнка. Однако, существуют отдельные данные, позволяющие более ясно представить картину. Отмечается, например, что отец даёт пример практического и действенного решения различных проблемных ситуаций, отец демонстрирует мужской подход к решению проблем [4], характеризующийся более уверенными действиями, принятием ответственности, более детальным анализом ситуации. Отец играет важную роль в усвоении детьми моральных норм, дисциплинирует детей (а значит, помогает развивать волевые качества личности), устанавливает определённые рамки поведения, одобряя одни поступки и наказывая за другие. Ю. В. Борисенко и А.Г. Портнова отмечают, что отцы придают большее значение самостоятельности, предоставляя детям отвечать за свои действия, и с большим уважением, чем матери, относятся к проявлению детьми независимости [4]. Если мать ухаживает за ребёнком и игры с ней дают ребёнку чувство безопасности и тепла, то игры с отцом способствуют развитию моторики ребёнка, освоению окружающего пространства, собственного тела, развитию интеллекта, то есть именно отец помогает ребёнку ощутить собственную самостоятельность в её самых первых проявлениях и способствует её развитию как в период детства, так и на более поздних возрастных этапах.

Таким образом, беспомощность с большей вероятностью формируется в семьях, где есть четыре типа родителей: использующие доминирующую гиперпротекцию, испытывающие повышенную моральную ответственность, жестокие родители и непоследовательные родители.

Матерям, и отцам беспомощных детей свойственна проекция на ребёнка собственных нежелательных качеств, которая, как отмечают Э.Эйдмиллер и В.Юстицкис [58], обуславливает эмоциональное отвержение, жестокое обраще-

ние. Родитель в этом случае склонен видеть в ребёнке те черты, которые чувствует, но не хочет признавать в самом себе. Родитель ведёт борьбу с этими качествами ребёнка, как реальными, так и мнимыми, извлекая из этого эмоциональную выгоду для себя. Ребёнку навязываются различные негативные роли, и это позволяет отцу или матери верить в то, что у них самих этих качеств нет. Родители в этой ситуации демонстрируют подспудную уверенность, что ребёнок «неисправим», что он «по натуре» такой. Ребёнок, в свою очередь, может прикладывать усилия к тому, чтобы «исправиться», но поскольку отец или мать уверены (и демонстрируют это ему) в том, что измениться он не может, то реакция родителей на любой вариант его поведения остаётся той же. То есть ребёнок не может ощутить контроль над происходящим, что является важнейшей предпосылкой формирования беспомощности [54,56].

Нельзя не отметить, что состоянию беспомощности подвержены дети особой категории — с ограниченными возможностями здоровья. Физический недуг для ребёнка является дополнительным фактором, негативно влияющим на его общий психоэмоциональный фон. Состояние беспомощности у детей-инвалидов формируется под влиянием многих факторов: плохое состояние здоровья, нарушение взаимоотношений в семье, гиперопека со стороны родителей, низкий адаптационный потенциал, эмоционально-личностные особенности ребенка: чувствительность, обидчивость, зависимость, пассивность, низкая эмоциональная устойчивость и стрессоустойчивость [60]. В исследованиях Л. Э. Кузнецовой, посвященных изучению формирования психологической беспомощности у детей-инвалидов, показывается, что психологическая беспомощность у детей проявляется в психоэмоциональном состоянии и стратегиях поведения человека в трудных жизненных ситуациях. Согласно результатам данного исследования около 74 % детей-инвалидов в возрасте от 14 до 18 лет переживают состояние психологической беспомощности. Это состояние сопряжено с низкой самооценкой, боязнью неудач, фрустрационной напряжённостью, тревожностью, сниженным настроением и даже агрессивностью [27-29]. Для детей с ограниченными возможностями здоровья, переживающих состояние психологической беспомощности, характерно недоверие к окружающим, неуверенность в себе, пассивность и зависимость. Лишь у 26 % детей-инвалидов наблюдался благоприятный психоэмоциональный

фон, а в преодоление трудных жизненных ситуаций они используют продуктивные копинг-стратегии, заключающиеся в планировании и регулировании своих чувств и действий, в позитивной переоценке обстоятельств. У таких детей выявлен средний уровень адаптивности, они уверены в себе, в своих силах, способны доверять окружающим и нести личную ответственность за достижение жизненных целей. Они надеются на выздоровление и строят планы на будущее [27-29].

В своих работах Л. Э. Кузнецова приводит рекомендации для устранения состояния психологической беспомощности у детей-инвалидов, путём выработки у них таких личностных особенностей как: оптимистичность, уверенность в себе, самостоятельность, способность к доверию другим людям, настойчивость в достижении поставленных целей, ответственность, понимание того, что все достижения в жизни зависят от себя самого [27-29].

Существуют различия в уровне толерантности к возникновению выученной беспомощности между представителями мужского и женского пола, причём имеющие свою специфику на разных возрастных этапах. Данные об этих различиях в литературе, как правило, носят не прямой, а косвенный характер, то есть описываются различия, связанные с атрибутивным стилем и депрессией. Это, в целом, очень характерно для зарубежной психологии, где выученная беспомощность у людей в реальных условиях изучается через показатели атрибутивного стиля и депрессии, несмотря на то, что существуют указания на то, что пессимистический атрибутивный стиль является фактором риска выученной беспомощности, но ещё не диагностирует её наличие.

Г. Петиприн и М. Джонсон обнаружили значительные различия атрибутивного стиля у студентов - мужчин и студентов — женщин [77]. Мужчины и женщины по-разному реагируют на отсутствие прямой обратной связи на решение академических задач. К. Двек и Б. Ликт [64] выяснили, что женщины, в отличие от мужчин, не дают негативных атрибуций, когда плохо справляются с заданием, до тех пор, пока учитель не заметит их ошибок. Другими словами, у женщин неудача не запускает негативную атрибуцию и выученную беспомощность, когда имеет место отсутствие прямой обратной связи.

Исследования по формированию беспомощности в рамках социально-психологического под-

хода проводились учеными преимущественно на выборках подросткового и юношеского возраста [55]. Для диагностики психологического пола испытуемых использовался опросник Сандры Бэм по изучению маскулинности-феминности. По результатам диагностики испытуемых разделили на три группы: маскулинные, феминные и андрогинные. В результате беспомощность чаще диагностируется у феминных подростков, а самостоятельность больше присуща маскулинным испытуемым подросткового и юношеского возраста, а также андрогинным юношам и девушкам. То есть в целом беспомощность больше связана с феминностью, а самостоятельность - с маскулинностью и андрогинностью.

Беспомощность часто маскируется за различными состояниями, которые идентифицируют как нечто иное, например, как чувство усталости, злости, апатии. Поведение людей в состоянии выученной беспомощности может быть диаметрально противоположным. Основными вариантами поведения при беспомощности являются:

- Псевдоактивность (бессмысленная суетливая деятельность, не ведущая к результатам и не адекватная ситуации с последующим торможением);
- Отказ от деятельности (капитуляция, апатия, потеря интереса);
- Ступор (состояние заторможенности, непонимание происходящего);
- Перебор стереотипных действий в попытке найти одну, адекватную ситуации, при постоянном напряженном контроле результатов;
- Деструктивное поведение (агрессивное поведение, направленное на себя и/ или окружающих);
- Смещение на псевдоцель (актуализация другой деятельности, которая дает ощущение достижения результата, например, вместо преодоления трудностей в отношениях - потребность съесть сладкое; при необходимости писать курсовую возникновение жгучей потребности убрать квартиру и даже сделать генеральную уборку и т.д.) [19,30].

Российские психологи Д.А. Циринг, Е.В. Веденеева, Е.С. Давыдова и Е.В. Забелина рассматривают два типа выученной беспомощности: ситуативную и личностную [6,7,16,20,55,57]. Личностная беспомощность описывается Д.А. Циринг как устойчивое специфическое образование личностного уровня, включающее в себя сочетание определенных личностных особенностей, пессимистического атрибутивного стиля и

устойчивых невротических нарушений.

По определению Д.А. Циринг личностная беспомощность является качеством субъекта, включающим в себя единство специфических личностных особенностей, возникающих при взаимодействии внешних и внутренних факторов, определяющим низкий уровень субъектности (то есть низкую способность человека преобразовывать действительность, управлять событиями собственной жизни, ставить цели и достигать их, преодолевая различного рода трудности – что является сущностью и содержанием любого волевого действия) и проявляющимся в особенностях деятельности и поведения субъекта.

Личностная беспомощность проявляется в эмоциональной неустойчивости, робости, пассивности, замкнутости, низкой самооценке, склонности к чувству вины, фрустрированности. Четырехкомпонентная структура личностной беспомощности включает в себя волевою, эмоциональную, когнитивную и мотивационную составляющие, основной чертой которых является дефицитарность [7,8,55,57,59]. (см.табл. 1)

Современные исследования позволили обнаружить, что данный симптомокомплекс формируется в онтогенезе под влиянием целой группы факторов, в том числе системы взаимоотношений с окружающими. Значимая роль в формировании личностной беспомощности отводится травмирующим событиям, в число которых входят частые соматические заболевания и рецидивы обострений хронических заболеваний [6,47].

Волевой компонент личностной беспомощности включает в себя: безынициативность, нерешительность, низкий уровень развития таких качеств личности, как организованность, настойчивость, недостаточную выдержку. Мотивационный компонент личностной беспомощности характеризуется экстернальным локусом контроля, мотивацией избегания неудач, низкой самооценкой, низким уровнем притязаний, страхом отвержения. Эмоциональный компонент личностной беспомощности проявляется в замкнутости, равнодушии, неуверенности, склонности к чувству вины, ранимости, низком самоконтроле, возбудимости, тревожности, депрессивности, фрустрированности. Когнитивная составляющая включает в себя пессимистический атрибутивный стиль, ригидность мышления, а также низкие показатели дивергентного мышления, т.е. низкий уровень креативности и дивергентной продуктивности [6,16,42,55].

Структура личностной беспомощности и самостоятельности

Компоненты	Личностная беспомощность	Самостоятельность
Эмоциональный	Замкнутость, равнодушие, неуверенность, эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, ранимость, низкий контроль эмоций, обидчивость, тревожность, депрессивность, фрустрированность, астения	Открытость, спонтанность, лёгкость в общении, эмоциональная устойчивость, уверенность в себе, выраженный контроль эмоций, низкие показатели тревожности (спокойствие), отсутствие фрустрированности
Мотивационный	Экстернальный локус контроля, мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний, страх отвержения, экстратенсивная мотивация	Интернальный локус контроля, преобладание мотивации достижения над мотивацией избегания неудач, адекватная или достаточно высокая самооценка, высокий уровень притязаний, преобладание стремления к принятию над страхом отвержения, интратенсивная мотивация
Когнитивный	Низкие показатели дивергентного мышления (низкий уровень креативности, низкая дивергентная продуктивность), ригидность мышления, пессимистический атрибутивный стиль	Высокие показатели дивергентного мышления (высокий уровень креативности, высокая дивергентная продуктивность), гибкость мышления, оптимистический атрибутивный стиль
Волевой	Безынициативность, нерешительность, робость, низкая сформированность организованности и настойчивости, недостаточные выдержка и целеустремлённость	Инициативность, решительность, смелость, настойчивость, организованность, выдержка, целеустремлённость, ответственность

В целом синдром выученной беспомощности сопровождается убежденностью личности в собственной несостоятельности, устойчивостью восприятия себя в роли «жертвы обстоятельств» [24,35,42].

Наряду с симптомокомплексом личностной беспомощности был выделен противоположный по своему психологическому содержанию симптомокомплекс, названный самостоятельностью, который характеризуется выраженной волевой активностью, оптимистическим мировосприятием, эмоциональной уравновешенностью, интратенсивной мотивацией, креативностью [6,13,55,59]. Д.А.Циринг в своих работах отмечала, что самостоятельность в контексте концепции личностной беспомощности является качеством субъекта, представляющим собой целостное образование, включающее в себя особенности когнитивной, мотивационной, волевой и эмоциональной сфер личности, в частности, ответственность, настойчивость, уверенность в себе, гибкость, внутренний локус субъективного контроля и другие, определяющие в своем единстве

его высокий уровень субъектности, то есть высокую способность преобразовывать действительность и собственную жизнь.

К факторам, препятствующим формированию выученной беспомощности, относят: 1) опыт активного преодоления трудностей и собственно-поискового поведения; 2) психологические установки относительно атрибуции своего успеха и неудач; 3) высокую самооценку; 4) оптимизм [6;16;20;24;36;38;42;48;57].

Если на одном полюсе биполярной оси определяют выученную беспомощность, то на другом полюсе находятся способность к активному действию и исследованию ситуации (поисковая активность). Авторами концепции «поисковой активности» являются В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский. Поисковая активность — биологически обусловленная форма поведения в условиях неопределенности, когда человек не имеет возможности со стопроцентной уверенностью прогнозировать результаты своей активности (будут ли они успешными или нет). Однако он способен адекватно оценивать каждый проме-

жуточный результат на пути к конечной цели и соответственно менять свое поведение. Поисковая активность, направленная на изменение ситуации в условиях неопределенности, играет решающую роль в адаптации и сохранении здоровья. Противоположным поиску является стереотипное поведение, когда цепочка действий, будучи запущена, выполняется уже без отслеживания внешних и внутренних изменений [11,43,45].

Феномен беспомощности имеет связь с возникновением и течением депрессии. Как и выученная беспомощность депрессия психогенной этиологии может быть одним из возможных последствий травмирующих неконтролируемых событий. Травма носит характер фрустрирующей жизненной ситуации, жизненного события, которое субъективно кажется непреодолимым. Аарон Бек рассматривает когнитивную триаду как причину депрессии: негативное отношение человека к собственной персоне, склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта, негативное отношение к собственному будущему. В этом случае негативные когнитивные установки рассматриваются как причина депрессии, могут служить фактором риска формирования выученной беспомощности и одной из составляющих личностной беспомощности [24,38,74].

По наблюдениям М. Селигмана, больных депрессией и людей с выученной беспомощностью объединяет убеждение в безрезультатности их действий, часто это сопровождается убежденностью в собственной несостоятельности, человек воспринимает себя жертвой обстоятельств, которые оказались слишком сильны. В цепочке «выученная беспомощность – депрессия» важно учитывать роль пессимистического атрибутивного стиля. Существует ряд исследований [12], подтверждающих, что атрибутивный стиль диагностируется у людей, которые с большей вероятностью подвержены депрессии. Например, студенты, имеющие пессимистический стиль атрибуции, чаще испытывали депрессию после провалов на экзамене. Аналогичная тенденция наблюдалась и на выборке заключенных, у которых развивалась депрессия через несколько месяцев лишения свободы, и на выборке беременных, у которых пессимистический стиль атрибуции предшествовал послеродовой депрессии [79].

Депрессивность как свойство личности (или склонность к депрессии) является одним из диагностических показателей личностной беспомощности,

как и пессимистический атрибутивный стиль. Депрессия как реакция на травмирующие события возникает у людей с определенными личностными predispositionами [23,50], также как выученная беспомощность чаще возникает у людей с личностной беспомощностью.

Действительно, как было сказано выше, клиническая картина психогенной депрессии и выученной беспомощности во многом перекликается. Как первая, так и вторая развиваются в результате непреодолимых, то есть травмирующих неподконтрольных событий. Если беспомощность связана с пессимистическим атрибутивным стилем, то психогенная депрессия, возникающая в результате психологической травмы, сопровождается зачастую идеями самообвинения (например, ребенок может винить себя в смерти отца или матери, друга, брата и т. д.; за совершённые ошибки), тоской и печалью, случившемуся придаётся чрезмерное значение, плохое начинает видеться во всём, человека преследует отчаяние, мысли о том, что плохое происходит с ним всегда. Апатия, плохой аппетит, когнитивные, мотивационные и эмоциональные дефициты, психосоматические заболевания могут быть проявлениями и депрессии, и беспомощности.

В свою очередь исследование, проведенное в 2001 году М. Селигманом и Д.Исааковицем (D.Isaacowitz, M. Seligman, 2001) показало, что атрибутивный стиль как когнитивный показатель самостоятельности-беспомощности, не всегда является дисфункциональным и определяющим в формировании депрессивных состояний у человека. Кроме атрибутивного стиля с формированием депрессивных состояний взаимосвязаны такие факторы, как отсутствие устойчивых ценностей, потеря уверенности и другие факторы. В своём исследовании учёные рассматривали понятие ангедонии как потери чувства радости жизни. На формирование ангедонии в большей степени влияет отсутствие устоявшихся ценностей, а ключевым симптомом её является отсутствие интереса взаимодействия с другими людьми. То есть, если человек демонстрирует беспомощные личностные черты, то, скорее всего, основным симптомом, тревожащим его самого, будет ангедония [34].

Выученная беспомощность тесно связана с соматическим здоровьем человека. Этот факт был подтвержден еще Мартином Селигманом в процессе его опытов над животными. В отношении человека очевидно, что выученная беспомощность, как форма организации жизнедеятельности,

тельности, является катализатором и детерминирует снижение сопротивляемости организма вредоносным воздействиям внешней среды, способствует развитию и обострению соматических заболеваний различной этиологии [47,78].

По мнению G.Engel, A.H.Schmale (1967), развитию психосоматического заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда все окружающее воспринимается как небезопасное и не доставляющее удовольствия, а сам человек чувствует себя покинутым. В то же время, если индивида окружает такая социальная среда, которая разделяет его оценки и мнения и где он может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность патологического воздействия эмоционального стресса на соматическую сферу уменьшается (I.Caplan, 1974) [52].

В современной исследовательской работе предпринимают попытки в изучении феномена выученной беспомощности как составляющей части расстройства типа зависимой личности (МКБ-10, «F60.7x Расстройство типа зависимой личности»). Такие исследования ведутся по двум основным направлениям. В первом случае объектом внимания является зависимость как индивидуальная переменная – когнитивные, мотивационные, эмоциональные и поведенческие характеристики зависимой личности. При этом зависимость определяется как «комплекс мыслей, верований, чувств, поведения, которые вращаются вокруг потребности принадлежать группе, совместно действовать и полагаться на значимых других людей» или «мотивационная привычка всецело полагаться на других, в том числе в тех ситуациях, в которых зависимость не является необходимой» [3,62].

Во втором в фокусе внимания находятся межличностные транзакции внутри социальных групп, создающие эффект «социальной зависимости». Последняя определяется как «ситуация, в которой один человек обладает ресурсами или контролирует их, а другой испытывает потребность в этих ресурсах» [82] или «отношение с реальным или идеальным существом, объектом, группой или институтом, которое включает в большей или меньшей степени принятое принуждение и которое связано с удовлетворением потребности» [76]. Такой подход различает «паразитическую» (выгодна только зависимому) и «симбиотическую» (выгодна обеим сторонам) зависимость и, помимо рассмотрения идентичности зависимого, выясняет также идентичность провайдера и особенности обеспечивае-

мого объекта. Здесь и определение зависимости, и предмет исследования практически смыкаются с подходами теории социального обмена Дж.Хоманса, П. Блау, Р. Эмерсона [61,67,72]. Интегральная модель зависимости была предложена Р. Борнштейном [62]. Ее ключевыми компонентами являются: 1) генезис зависимой личности; 2) взаимосвязанные когнитивные, мотивационные, эмоциональные и поведенческие характеристики зависимой личности; 3) позитивные и негативные последствия взаимодействия зависимой личности со своим окружением.

Особенно значимыми являются когнитивные и мотивационные характеристики зависимой личности. Недостаток достижений, негативный опыт может привести его к состоянию пессимизма и «выученной беспомощности», когда на основании неудачи в одной конкретной ситуации субъект делает вывод о своей полной неспособности решать и прочие задачи. Так, Дж. Гарбер и М. Селигман описали две фазы реакций индивидов на неконтролируемые ими обстоятельства: 1 – реактивное сопротивление, агрессивные попытки вновь получить контроль; 2 – если попытки неудачны, убеждение в собственной беспомощности. Таким образом, повторяющиеся неудачи приводили к эффекту выученной беспомощности, что обуславливало мотивационный дефицит, смирение и депрессию [69]. К когнитивным особенностям зависимой личности относятся низкая самооценка, недостаток уверенности в себе и силы воли, представление о себе как о беспомощном и неэффективном, в крайнем случае – неспособность отвечать повседневным требованиям жизни. Поскольку в результате «выученной беспомощности» зависимая личность считает себя неспособной принимать решения и контролировать происходящее с ней, она видит свои цели недостижимыми, перестает предпринимать попытки справиться даже с теми задачами, которые поддаются решению, и мотивирована уходить от ответственности, делегируя ее другим субъектам. Делегирование ответственности позволяет сохранить самоуважение в случае неудачи и оправдать собственную пассивность (по выражению Ж. Сесбрана, «при несчастье сильный ищет выхода, слабый – виноватого») [49]. То есть, мотивационным ядром поведения зависимого становится получение поддержки и установление соответствующих отношений с окружающими.

А.С. Ким, Е.С. Черепкин, В.В. Полетаев приложили значительные усилия в изучении беспомощности в сочетании со самостигматизацией

у пациентов с параноидной шизофренией. В ходе исследования были идентифицированы 3 основные группы пациентов в зависимости от преобладающего синдрома: апато-абулического (56 %), галлюцинаторно-бредового (25 %), тревожно-депрессивного (19 %). Основой формирования фрустрирующего компонента при апато-абулическом синдроме явились переживания, созвучные с его симптоматикой, иными словами – это личностная реакция на клинический синдром. Данная личностная реакция отразилась в аффективной сфере пациента в виде депрессивного аффекта и нарастающего уровня безнадежности. Была также выделена опосредованная роль механизмов компенсации в формировании стиля “выученной беспомощности” при апато-абулическом синдроме, с возрастанием негативной симптоматики, общей напряженностью, что привело пациентов к самостигматизации, в виде частых регоспитализаций [22].

Одна из основных сложностей при изучении беспомощности — это диагностика исследуемого феномена. Несмотря на достаточно длительную историю теории выученной беспомощности, диагностический инструментарий остаётся недостаточно разработанным. Традиционно беспомощность диагностируется по показателям, непосредственно связанным с ней, но имеющих самостоятельное психологическое значение. [18] Это накладывает серьёзный отпечаток на исследования беспомощности. Так, в американских исследованиях и исследованиях, выполненных в других странах в рамках теории выученной беспомощности Мартина Селигмана, для диагностики беспомощности используются опросники АБС для взрослых и САБО для детей, то есть измеряются основные показатели атрибутивного стиля и используются опросники для измерения уровня депрессии. Очевидно, что при этом подходе возникает вопрос о валидности такого инструментария. Во-первых, в этом случае часто исследователи отождествляют беспомощность с пессимистическим атрибутивным стилем или с депрессией. Во-вторых, если обратится к основным положениям теории выученной беспомощности М. Селигмана, данный феномен включает три «дефицита», то есть эмоциональный, когнитивный и мотивационный, о которых говорилось выше. Однако, при указанном подходе к диагностике беспомощности, измеряются показатели, связанные только с эмоциональным и когнитивным дефицитами беспомощности, и упускаются показатели, связанные с мотивационным дефицитом.

Существуют различные подходы к коррекции беспомощности. Так как беспомощность в основном изучается в зарубежной науке, то и подходы к её коррекции сложились в соответствующих западных традициях. Первый подход связан с коррекцией экспериментально сформированной выученной беспомощности. Для человека осуществление контроля опирается на возможность установления стабильных причинно-следственных связей между явлениями действительности, в том числе между затрачиваемыми усилиями и достигаемыми результатами. «Искусственно созданная» ситуативная беспомощность быстро исчезает, стоит экспериментаторам рассказать испытуемым о процессе проведения эксперимента и намеренном отсутствии причинно-следственных связей между действиями испытуемого и происходящим (например, эксперименты, проведённые такими учёными, как П. Коллер и Р. Каплан, в которых для создания иммунитета против последствий экспериментально сформированной беспомощности оказалось достаточно простого разъяснения [53] или о том, что во второй части эксперимента испытуемые смогут осуществлять контроль над происходящим.

Такой эффект выработки иммунитета к беспомощности описали Дж. Торнтон и Г. Пауэлл [53]. Испытуемые выполняли задание на выбор реакции и при этом всегда получали удар током. При последующем выполнении моторного задания, которое требовало переноса навыка, они реагировали медленнее. В том случае, если испытуемым сообщалось перед вторым заданием, что в этот раз удара током можно будет избежать, то все признаки беспомощности исчезали, причём реакция испытуемых после этого была быстрее, чем у тех, кто не участвовал в тренировочном задании или мог на первом этапе контролировать удары током.

Второй, наиболее известный подход к коррекции выученной беспомощности - обучение соответствующему типу атрибуции. С. S. Dweck в своих работах продемонстрировала эффективность такого метода [65,66]. Сначала было установлено, что дети, имеющие проявления выученной беспомощности, объясняли свои успехи и неудачи наличием или отсутствием способностей, а не затраченными усилиями. Дети пасовали перед задачами при наличии определённых раздражителей, связываемых с неудачей (например, экспериментатор, при котором они постоянно терпели провал), даже если ранее они с лёгкостью справлялись с этими задачами (в при-

сутствии экспериментатора, при котором они постоянно добивались успеха). К. Двек провела тренинг с детьми от 8 до 13 лет, на котором дети занимались по двум программам. Для каждой группы было проведено 25 занятий. На занятиях по первой программе дети время от времени терпели неудачи, при этом их заставляли почувствовать ответственность за свой провал, приписывая его недостаточным усилиям. На занятиях по второй программе дети всегда добивались успеха. У этой группы детей в дальнейшем не наблюдалось никакого улучшения деятельности достижения и её результатов, тогда как после «атрибутивной терапии» дети демонстрировали улучшение своих достижений в ситуации неудачи и в большей степени объясняли неудачу недостаточными усилиями [53].

«Атрибутивная терапия» использовалась и в программе, направленной на предотвращение депрессивных симптомов, составленной Д. Гилхам, К. Рейвич, Дж. Джейкокс и М. Селигманом [80]. В эксперименте участвовали дети пятого и шестого классов. Дети были разбиты на 10 групп по 12 человек в каждой. Встречи проводились еженедельно по 1,5 часа, в общей сложности работа в каждой группе составила 18 часов. Программа заключала в себе два компонента: когнитивный компонент и компонент, направленный на развитие навыков разрешения социальных проблем. Суть когнитивного компонента состояла в следующем: детей обучали идентифицировать негативные убеждения, оценивать эти убеждения, находя доказательства за и против, и производить более реалистичские альтернативы. Компонент тренинга, касающийся атрибутивного стиля, подразумевал обучение детей идентифицировать пессимистические объяснения и давать более оптимистичные (и более реалистичные) альтернативные объяснения.

Компонент, направленный на развитие навыков разрешения социальных проблем, сосредоточен на проблемах поведения и межличностных проблем, которые часто связаны с депрессией и беспомощностью у детей (G.Leon, P.Kendall, J.Garber, 1980) [75]. Детей обучали обдумывать свои цели прежде, чем действовать, составлять список возможных решений проблемы, и принимать решение, взвесив за и против относительно каждого пути решения. Детей обучали справляться с конфликтами с родителями. Проводилась работа по развитию настойчивости у детей. В итоге дети, прошедшие программу, были меньше подвержены беспомощности,

а как следствие - депрессии, по сравнению с контрольной группой. У испытуемых после участия в программе атрибутивный стиль стал значительно более оптимистичным (менее устойчивым, общим и внутренним для негативных событий), чем у детей контрольной группы. Этот эффект возрос с течением времени, как было обнаружено в результате дальнейших исследований, проводимых в течение двух лет. Изменения атрибутивного стиля были статистически связаны с сокращением депрессивных симптомов.

Профилактика выученной беспомощности и депрессии особенно важна в раннем подростковом возрасте. «Атрибутивная терапия» возможна не только для детей, но и для взрослых. М. Селигман в своей книге «Learned Optimism» [51], описал программу самообучения, цель которой — осознание влияния пессимистических атрибуций на поведение. Теоретической основой в данном случае является модель А. Эллиса НМЛ («неприятность - мнение — последствия»), представляющая собой стереотипные последовательные переходы при столкновении с неприятностями и размышлениями о них к мнению, которое влечёт за собой дальнейшие последствия. М. Селигман предлагает для осознания этого процесса вести записи, позволяющие проанализировать стереотипные реакции на неприятности, формирование мнения о них и осознать влияние этого мнения на дальнейший ход событий. Письменный анализ конкретных ситуаций даёт возможность выявить пессимистические объяснения событий и изменить их с помощью отвлечения и обсуждения с использованием специальных приёмов аргументации. Таким образом, М. Селигман предлагает изменить привычную модель НМЛ на НМПОА («неприятность - мнение - последствия - обсуждение - активизация») [26].

Третий подход связан с коррекцией и профилактикой личностной беспомощности в процессе воспитания. Автор концепции поисковой активности В.Ротенберг считает, что важнейшими факторами, позволяющими предотвратить развитие беспомощности, помимо оптимистического атрибутивного стиля, являются высокая самооценка, уважение к себе и опыт преодоления трудностей, то есть опыт поисковой активности, при этом неважно, в какой сфере жизни был этот опыт. Немалую роль в создании такого опыта играют родители и учителя и вся система взаимоотношений с ними. Значимые взрослые должны демонстрировать ребёнку возможности контроля над внешней средой, обеспечи-

вать обратную связь, соответствующую ситуации. Владимир Ромек, опираясь на идеи М. Селигмана, приводит основные принципы поведения для родителей и учителей, соблюдение которых позволит предотвратить развитие беспомощности у детей [41].

Первый принцип: последствия должны быть. Следует познакомить ребёнка с разными сторонами реальности, показать, что именно он может жить по-другому, что-то изменить в своей жизни. Ребёнок должен видеть, что он сам может создавать последствия. Необходимо чаще бывать с ребёнком и своей речью восполнять дефицит последствий. Второй принцип: последствия должны быть разнообразными. Обратная связь должна быть различной в ответ на разное поведение. Не следует демонстрировать одну и ту же реакцию на отличные друг от друга поступки. Следует чётко связывать свою реакцию с определённым поведением. «Хорошие» и «плохие» действия должны иметь соответственно «хорошие» или «плохие» последствия. Третий принцип: промежуток времени между поведением и последствиями должен быть минимальным. В. Ромек подчёркивает, что нельзя

оттягивать с реакцией, нужно реагировать тотчас же и разнообразно. Это становится особенно важным в случае экстремального поведения, необычно хорошего и необычно плохого. Четвёртый принцип: случайные реакции лучше постоянных. Нет необходимости постоянно сопровождать любое поведение ребёнка своими реакциями. Спустя некоторое время он сам научится видеть последствия, следует помогать ему в этом время от времени.

Таким образом, проведенный анализ публикаций свидетельствует, что изучение феномена выученной беспомощности является актуальной и своевременной проблемой, которая затрагивает все сферы деятельности человека, включая соматическое и психическое благополучие. В ряде исследовательских работ было доказано влияние выученной беспомощности на развитие депрессии, специфических расстройств личности. По мнению цитируемых авторов, существует необходимость продолжать исследования по поиску более строгих диагностических критериев и расширения спектра лечебно-профилактических мероприятий в отношении преодоления личностной беспомощности.

Мельниченко В.В.

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: выученная беспомощность, личностная беспомощность, атрибутивный стиль, онтогенез, самостоятельность, поисковая активность, семья, депрессия, психосоматика, расстройство зависимой личности, шизофрения, коррекция беспомощности

Статья посвящена комплексному изучению психолого-психиатрических аспектов феномена выученной беспомощности. Основные характеристики данного феномена были выявлены и описаны профессором Мартином Селигманом в условиях лабораторных экспериментов физиологов. В статье особое внимание уделено процессам формирования выученной беспомощности, ее трансформации в более устойчивую, с четкими проявлениями дефицитарности, личностную беспомощность. Противоположным представлением в отношении беспомощности по своему психологическому содержанию является самостоятельность, способность к активному действию и исследованию ситуации. В статье обобщен новый материал по исследуемой теме, который затрагивает взаимодействие и влияние выученной беспомощности на психическую деятельность человека, в частности на развитие депрессивных тенденций, зависимого типа поведения и самостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией. Остаются открытыми вопросы в плане диагностики данного феномена. Автором предложены несколько подходов к коррекции выученной беспомощности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 73-86).

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE PHENOMENON OF LEARNED HELPLESSNESS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: learned helplessness, personal helplessness, attribution style, ontogeny, independence, search activity, family, depression, psychosomatic, dependent personality disorder, schizophrenia, correction of helplessness

The article is devoted to the integrated study of the psychological and psychiatric aspects of the phenomenon of learned helplessness. The main characteristics of this phenomenon were identified and described by Professor Martin Seligman in the conditions laboratory experiments of physiologists. In the article special attention is paid to processes of formation of learned helplessness, its transformation to more stable, with clear manifestations of the deficiency, of personal helplessness. The opposite view in respect of helplessness in its psychological content is autonomy, the ability to take active action and study the situation. The article summarizes the new material on the subject studied, which affects the interaction and influence of learned helplessness on the psychic activity of a person, in particular on the development of depressive tendencies, dependent Type of behavior and self-stigmatization in patients with paranoid schizophrenia. There remain open questions in the diagnosis of this phenomenon. The author offers several approaches to the correction of learned helplessness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 73-86).

Литература

1. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания. / Б.Г. Ананьев; под ред. А.А. Бодалёва М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. - 384 с.
2. Архиреева, Т. В. Влияние родительского воспитания на самоотношение младшего школьника / Т. В. Архиреева // *Вопр. психологии.* - 2006. - № 3. - С. 67-77.
3. Балабанова Е.С. Теории «зависимой личности»: возможности социологической интерпретации / Е.С. Балабанова // *Личность. Культура. Общество.* - 2005. - Вып. 4 (28). - С. 94-103.
4. Борисенко Ю. В. Проблема отцовства в современном обществе / Ю.В. Борисенко, А. Г. Портнова // *Вопр. психологии.* - 2006. - № 3. — С. 122-130.
5. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия: краткий лекц. курс / А. Я. Варга. - СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
6. Веденева Е.В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах / Е.В. Веденева // *Вестник Томского государственного университета.* - 2009. - № 322. - С. 186-189.
7. Веденева Е.В. Деятельностный подход в изучении личностной беспомощности (на примере мотивационной составляющей) / Е.В. Веденева // *Теория и практика педагогики и психологии профессионального и общего образования: Вестник ЧГАКИ Вып.27 (№4).* - Челябинск, 2007.- С.24-28.
8. Веденева Е.В. Мотивационная составляющая феномена личностной беспомощности (на материале исследования детей 8-12 лет) / Е.В. Веденева // *Вестник института психологии и педагогики: Выпуск 7.* - Челябинск: ИЦ «Уральская академия», 2007.- С. 125-128.
9. Волкова О.В. Онтогенетический подход к исследованию феномена выученной беспомощности / О.В. Волкова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* - 2013. - N 6 (23).
10. Волкова О.В. Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода / О.В. Волкова // *Сибирское медицинское обозрение.* - 2013. - № 4. - С. 43-47.
11. Галажинский Э.В. Некоторые психологические проблемы изучения самореализации личности / Э.В. Галажинский // *Современная психология: состояние и перспективы: сб. науч. ст.* - М.: Ин-т психологии РАН, 2002. - Т. 2. - С. 27-29.
12. Глейтман Г. Основы психологии / Г. Глейтман, А. Фридлунд, Д. Райсберг. - СПб.: Речь, 2001. - 1247 с.
13. Гордеева Т. О. Диагностика оптимизма как стилия объяснения успехов и неудач: Опросник СТОУН / Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова.- М.: Смысл, 2009.- 22с.
14. Гордеева, Т. О. Психология мотивации достижения / Т. О. Гордеева. - М.: Смысл, 2006. - 336 с.
15. Гордеева Т.О. Теория выученной беспомощности. Современная психология мотивации / Т. О. Гордеева. - М.: Смысл, 2014.- С.76-78
16. Давыдова Е.С. К вопросу исследования особенностей структуры беспомощности-самостоятельности в младшем школьном возрасте с разной степенью ее выраженности / Е.С. Давыдова // *Материалы общероссийской электронной научной конференции на основе Интернет-форума.* - Красноярск, 2009.
17. Джеймс У. Воля к вере / У. Джеймс; сост.: Л. В. Блишников, А.П. Поляков; пер. с англ.: С. И. Церетели, П. С. Юшкевич, М.Гринвальд; авт. примеч. Р. К. Медведева. - М.: Республика, 1997. - 431 с.
18. Джеймс У. Научные основы психологии / У. Джеймс. - Минск: Харвест, 2003. - 528 с.
19. Еникеев М.И. Психологический энциклопедический словарь / М.И.Еникеев.- М.: ТК Велби, Изд-во «Проспект», 2006. - 560 с.
20. Забелина Е.В. Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента / Е.В. Забелина // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова.* - 2008. - № 5. -С. 186-189.
21. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения / Г.В.Залевский. - М.: ИП РАН, 2007. - 336 с.
22. Ким А.С. Самостигматизация как личностно-средовой феномен / А.С. Ким, Е.С. Черапкин, В.В. Полетаев // *Вестник КРСУ.* - 2014. -Т. 14.- № 10.- С. 34-36.
23. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева [и др.]; под ред. В. А. Гурьевой. - М.: МИА, 2007. - 480с.
24. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г.Эмери. - СПб.; Питер, 2003. - 304 с.
25. Корсини Р. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2006. - 1096 с.
26. Крылова М. О. Современные исследования беспомощности / М.О.Крылова // *Актуальные вопросы современной психологии: материалы III междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2015 г.).* — Челябинск: Два комсомольца, 2015. — С. 4-6.
27. Кузнецова Л. Э. Личностные проявления психологической беспомощности у детей-инвалидов / Л. Э. Кузнецова, М. Ю. Кулешова // *Молодой ученый.* — 2015. — № 23. — С. 873-877.
28. Кузнецова Л. Э. Особенности формирования психологической беспомощности в трудной жизненной ситуации у детей-инвалидов / Л.Э.Кузнецова // *Психологические науки: теория и практика: материалы IV междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2015 г.).* — М.: Буки-Веди, 2015. — С. 25-28.
29. Кузнецова Л. Э. Особенности формирования психологической беспомощности у детей—инвалидов с точки зрения личностно-ситуационного подхода / Л. Э. Кузнецова // *Инновационные научные исследования в гуманитарных, естественных, технических и общественных науках. Методология, теория, практика. 4-5 декабря 2014 года, г. Санкт-Петербург.*— СПб.: Изд-во «КультИнформПресс», 2014. — С. 140-142.
30. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как основа самодетерминации / Д. А. Леонтьев // *Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, вып. 1;* под общ. ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2002. - С. 56-65.
31. Лихтарников А.Л. Беспомощность подростков и психологическое консультирование / А.Л. Лихтарников // *Наш проблемный подросток: понять и договориться.* - СПб., 2001.- С.49-73.
32. Логинова И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности / И.О.Логинова // *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: «Психологические науки».* - 2011. - № 2. - С. 21-26.
33. Логинова И.О. Психология жизненного самоосуществления / И.О.Логинова. - М.: Изд-во СГУ, 2009.- 279 с.

34. Магомедова Н. Т. Индивидуально-психологические особенности личности и каузальная атрибуция достижений / Н. Т. Магомедова // Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества. Ростов-на-Дону. — 2007. — Т.2. — С.317
35. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Экс-мо, 2006. — 1008 с.
36. Медведская, Е. И. Особенности наученной беспомощности у учащихся с различным уровнем успеваемости / Е. И. Медведская // Психология обучения. — 2010. — № 3. — С.41–56.
37. Рахимкулова А.В. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков / А.В. Рахимкулова, В.А. Розанов // Академический журнал Западной Сибири. — 2012. — № 5. — С. 31-32.
38. Ривман Д.В. Виктимология / Д.В. Ривман, В.С. Устинов. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2000. — 332 с.
39. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К.Р.Роджерс; пер. с англ.; общ.ред. и предисл. Е.И. Исениной - М., 1994.- 315с.
40. Роджерс К.Р. Свобода учиться / К.Р. Роджерс, Д. Фрейберг. - М.: Смысл, 2002. - 256с.
41. Ромек В.Г. Основы поведенческой психотерапии / В. Г. Ромек. - Ростов н/Д: ЮРГИ, 2002. - 200с.
42. Ромек В.Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана / В.Г.Ромек // Журнал практического психолога. — 2000. — № 3-4. — С. 218-235.
43. Ротенберг В.С. Поисковая активность и адаптация / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. - М.: Наука, 1984. — 180 с.
44. Ротенберг В.С. Психологические механизмы стрессоустойчивости в норме и при психосоматических заболеваниях / В.С. Ротенберг, И.С. Коростелева // Психиатрическая эндокринология (резервы человеческой психики в норме и патологии). - М., 1988.- С. 111—112.
45. Ротенберг В. С. «Образ Я» и поведение / В. С. Ротенберг. — М.: Издательские решения, 2015.- 230с.
46. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. — СПб., 2001. — 705 с.
47. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / М. Селигман. — М.: София, 2006. — 368 с.
48. Селигман М. Как научиться оптимизму. Измените взгляд на мир и свою жизнь / М. Селигман; под ред. С.Турко.- ООО «Альпина Паблишер», 2015.- С.338.
49. Сесброн Ж. Счастье по пустякам / Ж. Сесброн; сост. и авт. предисл. Т.В.Бала-шова.- М.: Прогресс, 1985. — 145 с.
50. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. - СПб.: Речь, 2005. - 624 с.
51. Солнцева Н. В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления / Н.В. Солнцева / Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей»; под редакцией В. Н. Панферова, Е. Ю. Коржовой [и др.]. - СПб.: Издательство НИИР, 2011. - С. 180-186.
52. Тухтарова И.В. Соматопсихология. Хрестоматия / И.В.Тухтарова, Т.З. Биктимиров. - Ульяновский Государственный Университет, 2006. — 716с.
53. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен. — 2-е изд. - СПб.: Питер, 2003. - 860 с.
54. Циринг Д.А. Эмпирическое исследование стилей семейного воспитания и особенностей взаимоотношений с родителями в семьях детей с личностной беспомощностью / Д.А. Циринг [и др.] // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 11-4. — С. 929-933.
55. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие / Д.А.Циринг. — М.: Академия, 2005. —120 с.
56. Циринг Д. А. Влияние детско-родительских отношений на формирование беспомощности у детей (системный подход) /Д.А. Циринг, С. А.Сальева // Психологические проблемы современной семьи: Материалы третьей Международной конференции; под общ. Ред. А. Г. Лидерса. - М.: ГНИИ семьи и воспитания, 2007. — Ч. 2 (2).
57. Циринг Д.А. Структура личностной беспомощности: постановка проблемы / Д.А. Циринг // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2005. — № 15 (55). — С. 176–180.
58. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — 2-е изд., расшир. и доп.-СПб.: Питер, 2000.- 656 с.
59. Яковлева Ю.В. Феномен самостоятельности (на материале юношеского возраста) / Ю.В.Яковлева // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. — 2008. —№ 5. —С. 161-165.
60. Яцухина И. М. Теоретический анализ проблемы формирования психологической беспомощности у детей с ограниченными возможностями / И.М. Яцухина, Л.Э. Кузнецова // Молодой ученый. — 2016. — №11. — С. 1799-1802.
61. Blau P. Exchange and Power in Social Life / P. Blau. - N.Y.: Wiley, 1964. — P.223 .
62. Bornstein R.F. The dependent personality / R.F. Bornstein. - N.Y.: Guilford Press, 1993. —P.178 .
63. Dweck C. Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and An Experimental Analysis / C.Dweck, W. Davidson, S. Nelson // Developmental Psychology. —1978. —Vol. 14, № 3. —P. 268-276.
64. Dweck, C. S. Learned helplessness and intellectual achievement / C. S. Dweck, B. G. Licht // Human helplessness : theory and application. - New York, 1980.-P. 197-221.
65. Dweck, C. S. Learned helplessness and reinforcement responsibility in children / G. S. Dweck, N. D. Reppucci // Journal of Personality and Social Psychology. - 1973. - Vol. 25. - P. 109 - 116.
66. Dweck, C. S. The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness / C. S. Dweck // Journal of Personality and Social Psychology. - 1975. - Vol. 31. - P. 674 - 685.
67. Emerson R.M. Social Exchange Theory / M. Rosenberg, R.H. Turner // Social Psychology: Sociological Perspectives. - N.Y.: Basic Books, 1981. — P.174.
68. Fincham F. D. Learned helplessness in humans: A developmental analysis / F. D. Fincham, K. M. Cain // Developmental Review. —1986. —Vol. 6, № 4. —P. 301-333.
69. Garber J. Human Helplessness: Theory and Applications / J.Garber, M.Seligman. - N.Y.: Academic Press, 1980. — P. 56.
70. Haracz J. Learned helplessness: An experimental model of DST in rats / J.Haracz // Biological Psychiatry. —1988. —Vol. 23. — P. 388-396.
71. Hiroto D. Locus of control and learned helplessness / D. Hiroto // Journal of Experimental Psychology. —1974. —102. — P. 187-193.
72. Homans G. Social Behaviour as Exchange / G. Homans // American Journal of Sociology. — 1958. - Vol. 62. — P.68-73.
73. Kuhl J. Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle / J. Kuhl.— Berlin: Springer-Verlag, 1983. — p.354.
74. Kupfer D.J. Arch Gen Psychiatry / D.J.Kupfer, E. Franck, J.M. Perel. — N.Y., 1992. - № 49. - P. 769–773.
75. Leon, G. R. Depression in children : parent, teacher, and child perspectives / G.R. Leon, P. C. Kendall, J. Garber // Journal of Abnormal Child Psychology. - 1980. - Vol. 8. - P. 221-235.
76. Memmi A. Dependence : a sketch for a portrait of the dependent / A. Memmi. - Boston: Beacon Press, 1984. - P. 185.
77. Petiprin, G. L. Effects of gender, attributional style, and item difficulty on academic performance / G. L. Petiprin, M. E. Johnson // Journal of Psychology. - 1990. - Vol. 125, № 1. - P. 51 - 58.
78. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death / M.E.P. Seligman. — San Francisco: Freeman, 1975. — P.56.
79. Seligman M. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence / M. Seligman, C. Peterson // Psychological Review. - 1984. - № 91.- P. 347.
80. Seligman, M. E. P. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy / M. E. P. Seligman // Handbook of positive psychology / C. R. Snyder, S. J. Lopez. - New York : Oxford University Press, 2005. - P. 3-9.
81. Seligman M.E.P. What You Can Change & What You Can't / M.E.P. Seligman. - N.Y. : Knopf, 1993. — P. 257 .
82. Strong S.R. Social psychology and counseling psychology: The history, products and promise of an interface / S.R. Strong, J.A. Welsh, J.L. Corcoran, W.T. Hoyt // Journal of Counseling Psychology. - 1992. - Vol. 39. - P. 147.

Поступила в редакцию 15.09.2016

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Направляемые для публикации материалы должны полностью отражать современное состояние разработки исследуемой проблемы, содержать новые результаты на основании проведенного исследования. В печать принимаются оригинальные статьи на русском или английском языке, посвященные собственным исследованиям авторов по актуальным проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин, лекции для врачей и студентов, научные обзоры, наблюдения из практики, дискуссионные статьи, рецензии на новые издания, которые ранее не публиковались.

Материалы, публикуемые в издании должны соответствовать базовым издательским стандартам по оформлению статей по ГОСТ 7.5-98 «Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов», ГОСТ Р 7.0.7-2003 «Система стандартов по информации, библиотечно-му и издательскому делу. Статьи в журналах и сборниках. Издательское оформление», пристатейных библиографических списков по ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления».

Редакция осуществляет закрытое рецензирование статей (срок рецензирования – три-четыре недели), а также оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей. Рукопись, получившая отрицательную оценку, специально рассматривается редколлегией и, в случае ее согласия с мнением рецензента, отклоняется как не соответствующая уровню или профилю публикаций журнала. Отклонив рукопись, редакция оставляет один ее экземпляр в своем архиве.

Статья, принятая к публикации, но нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора. Авторы должны внести все необходимые исправления в окончательный вариант рукописи и вернуть в редакцию исправленный текст, а также его идентичный электронный вариант вместе с первоначальным вариантом и сопроводительным письмом-ответом рецензенту. Статьи, отосланные авторам для исправления, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через 2 недели после получения. Возвращение статьи в более поздние сроки соответственно меняет и дату ее поступления в редакцию.

Один автор может опубликовать в одном и том же номере «Журнала» не более двух статей (в т.ч., в соавторстве).

Требования к оформлению статей:

1. Рукопись статьи должна быть представлена в двух экземплярах на русском или английском языках. Объем статей должен составлять 8-12 страниц машинописно-

го текста через 1,5 интервала. Рукописи статей большего размера согласовываются с редакцией. Отдельно прилагаются список литературы, таблицы, иллюстрации, подписи к ним. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word 95 и выше; шрифт Times New Roman, размер шрифта 14, межстрочный интервал – 1,5, абзацный отступ – 1,25 см, выравнивание текста – по ширине; поля: правое – 10 мм, левое, нижнее и верхнее – по 20 мм; напечатан на листах формата А4.

2. Обязательно приложить к рукописи электронный вариант статьи в формате Word 95 (и выше) на CD-ROM диске или посредством e-mail (по согласованию с редакцией). Графические объекты следует сохранять в формате «TIF» с разрешением 300 точек на дюйм (пикселей на дюйм) в 256 градациях серого для фотографий и 600 точек на дюйм (пикселей на дюйм) для рисунков (2 цвета) и архивировать стандартными архиваторами WinRAR или WinZIP.

3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры или института (на 2 экземпляре), официальное направление от руководства учреждения, в котором проведены исследования, и экспертное заключение (Приказ ДонНМУ №80 от 12.05.2016г.).

4. На первой странице в левом верхнем углу размещают шифр УДК, далее – фамилии и инициалы авторов (количество авторов одной статьи не должно быть более пяти), ниже – название статьи прописными буквами, наименование учреждения, в котором выполнена работа. В названии статьи нельзя применять сокращения (аббревиатуры). Далее размещают ключевые слова (число ключевых слов, в том числе входящих в краткие словосочетания, – не более 10).

5. Оригинальные статьи должны состоять из четких подразделов, каждый из которых отвечает определенной цели и содержит лишь соответствующий материал. Эти подразделы: введение (постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными или практическими задачами, анализ последних (за последние 5-7 лет) исследований и публикаций, в которых начато решение данной проблемы и на которые опирается автор, с выделением нерешенных ранее частей общей проблемы, которым посвящается данная статья), формулирование цели исследования, материал и методы исследования (с обозначением методов статистической обработки результатов), результаты исследования и их обсуждение (изложение основного материала исследования с полным обоснованием полученных научных результатов), выводы из данного исследования с перспективами дальнейших разработок в данном направлении. Внутри статьи на отдельных строках озаглавливают только два раздела: материал и методы исследования; результаты исследования и их обсуждение.

6. Допустимое количество иллюстраций в статье – 5 (включая таблицы и рисунки). Графики, таблицы и

рисунки черно-белые, без цветной заливки, допускаются штриховка. Фотографии прямоугольные, контрастные, должны быть напечатаны на глянцевой бумаге; рисунки выполнены на белой бумаге размером не более 1/2 стандартной страницы. Рисунки нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (рис.1). Если рисунок в единственном числе, его не нумеруют и в тексте делают ссылку (см. рис.).

7. Таблицы должны быть наглядными, заголовки граф – соответствовать их содержанию, цифры в таблицах – тщательно проверены автором и соответствовать цифрам в тексте. Все графы в таблицах должны иметь названия, сокращения слов в таблицах не допускаются. Аббревиатуры возможны, если они предварительно расшифровывались в тексте. Достоверность различий следует подтверждать статистическим анализом. Каждую таблицу печатают на отдельной странице. Авторы должны убедиться, что все таблицы упомянуты в тексте. Таблицы нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (табл.1). Если таблица в единственном числе, она не нумеруется и в тексте делается ссылка (см. табл.).

8. Библиографические ссылки в тексте должны быть приведены с номерами в квадратных скобках в соответствии с прилагаемым списком литературы. Библиография должна содержать работы, главным образом, за последние 7 лет, в том числе публикации авторов статьи. Лишь в случае необходимости допустимы ссылки на отдельные более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируют не более 20, а в научных обзорах – 40 источников (большее количество ссылок согласовывается с редакцией). В список литературы не включают неопубликованные работы. Список литературы должен быть озаглавлен “ЛИТЕРАТУРА” и напечатан через 1,5 интервала на отдельном листе. Авторы должны убедиться, что все литературные источники упомянуты в тексте. Литературные источники необходимо располагать по мере использования. Список литературы должен быть оформлен в соответствии с требованиями государственного стандарта - ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» ([http://](http://diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf)

diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf).

9. В конце статьи должны быть подписи всех авторов и анкета, в которой указываются полные фамилия, имя и отчество каждого автора, ученые степени и звания, должности и место работы, служебные (обязательно) адреса и номера телефонов, факс, e-mail.

10. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена авторами. Все обозначения буквами и аббревиатуры в тексте должны быть пояснены.

11. К статье должны быть приложены рефераты, отражающие основные положения работы, на английском и русском языках (не менее 850 печатных знаков). Рефераты должны содержать фамилии и инициалы всех авторов, название статьи, учреждение, где выполнена работа, ключевые слова и следующие обязательные составляющие основного текста: вступление с описанием актуальности, цель работы, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы (Summary, Research purpose, Materials and methods, Results and discussion, Conclusions). Реферат должен быть структурированным (содержать все указанные рубрики), информативным (быть источником информации о содержании и результатах исследования, не содержать общих фраз, описания общеизвестных фактов, литературных отступлений и т.д.), содержательным (с четким изложением материала, в котором приводятся основные положения и результаты работы, фактические данные, выводы). В реферате не допускается наличие таблиц, рисунков, диаграмм, фотографий, аббревиатур (кроме общепринятых), сокращений. Реферат на английском языке будет размещаться на сайте журнала. Статьи с рефератами, переведенными с помощью компьютерного переводчика или имеющими некорректный перевод на английский язык, печататься не будут.

12. Рукописи, оформление которых не соответствует указанным правилам, не регистрируются и возвращаются авторам без рассмотрения. Дата поступления рукописи регистрируется при получении полного комплекта материалов.

13. Рукописи, не принятые к публикации в журнал, авторам не возвращаются.

Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые авторами. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказывать свои взгляды на проблему в виде комментария.

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.
тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.
e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru